

RMTC

Relevé des maladies transmissibles au Canada

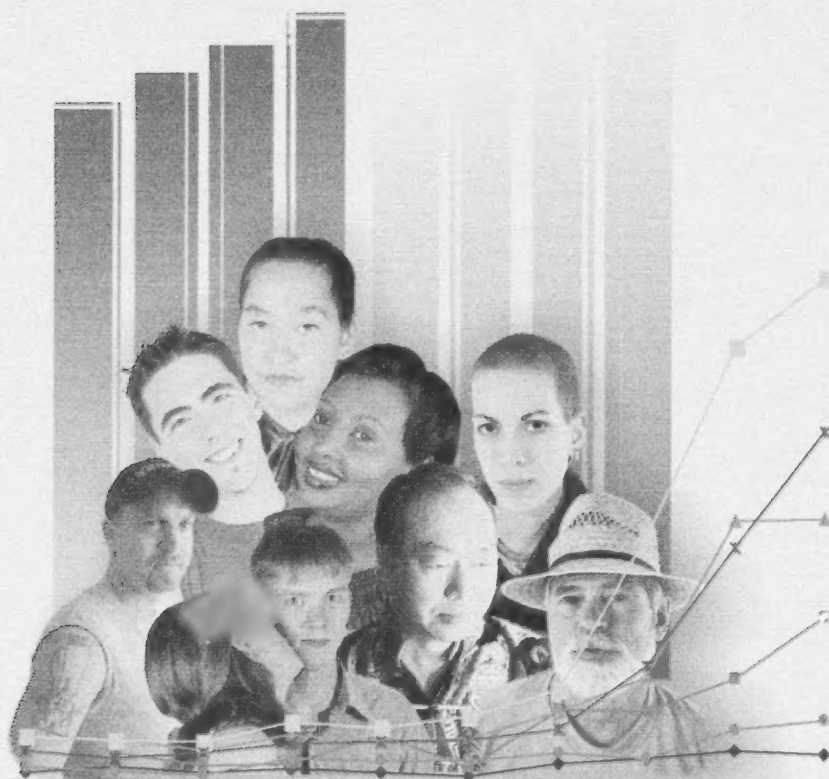
ISSN 1188-4169

Volume : 3351

mai 2007

Supplément

Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Citation suggérée : Agence de santé publique du Canada. *Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement*.
RMTC 2007;33SI:1-76.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour vous abonner au Relevé des maladies transmissibles au Canada, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) Canada K1G 3Y6. Tél. : (613) 731-8610 Poste 2307 ou 888-855-2555 ou par télécopieur : (613) 236-8864.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>

**Rapport de surveillance canadien 2004
sur les infections transmises sexuellement**

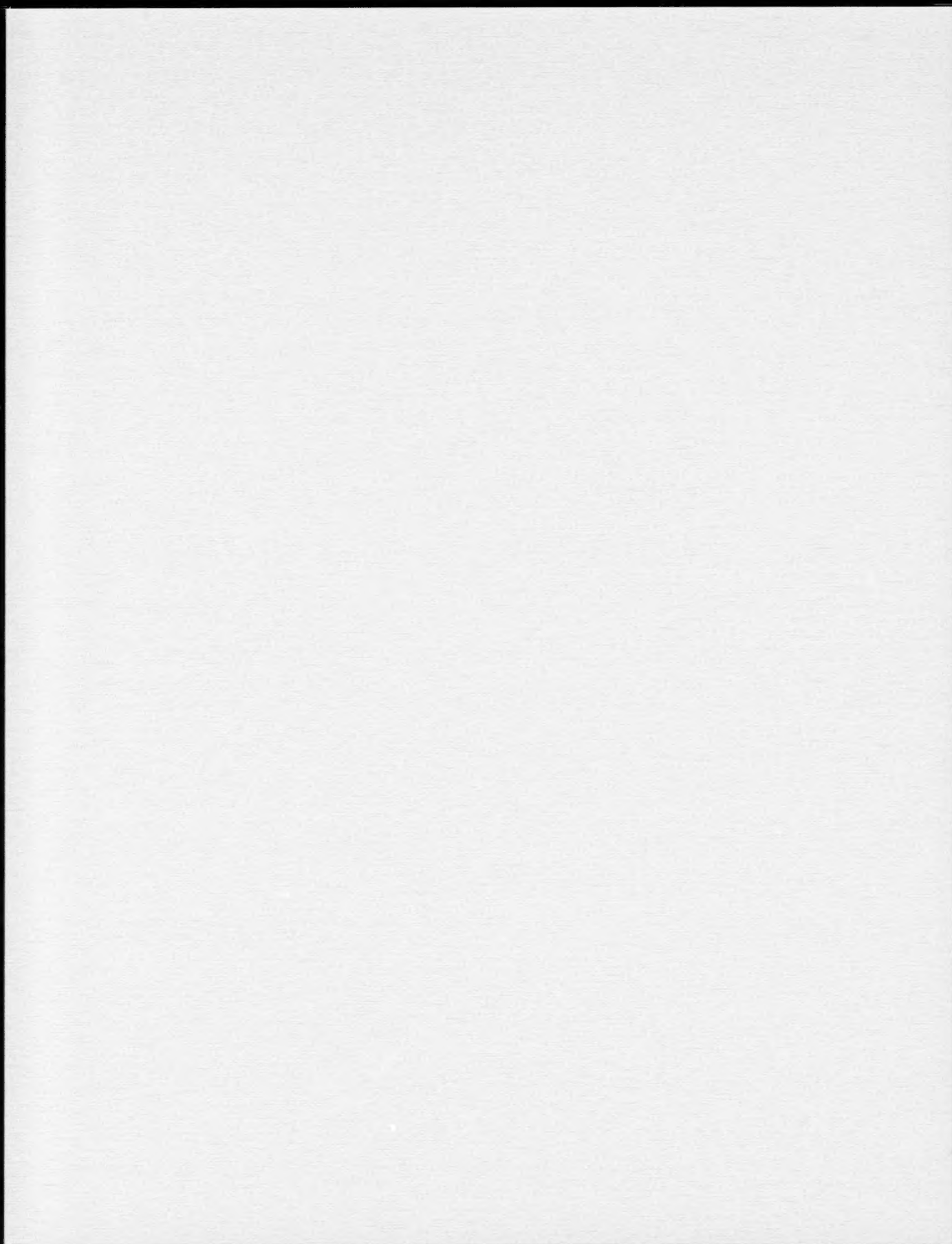


TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	iii
Remerciements	iv
Sommaire	v
Introduction	1
Éditorial – Et si ça voulait dire quelque chose? Les conséquences d'un taux élevé de chlamydiose au Canada	3
Atteintes inflammatoires pelviennes	4
Grossesse ectopique	5
Stérilité	6
Santé mentale	6
Prévention	7
Les ITS dans le contexte international	8
Comparaison des tendances internationales concernant les ITS	9
Stratégies de lutte contre les ITS au R.-U., aux É.-U. et au Canada	10
Problèmes émergents liés aux ITS à l'échelle internationale	10
Chlamydiose génitale (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	12
Répartition selon l'âge et le sexe	13
Répartition géographique	16
Répartition selon la région et le sexe	16
Analyse	18
Gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	20
Répartition selon l'âge et le sexe	20
Répartition géographique	23
Répartition selon la région et le sexe	24
Résistance de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> aux antimicrobiens	24
Analyse	27

Syphilis infectieuse (<i>Treponema pallidum</i>)	29
Répartition selon l'âge et le sexe	29
Répartition géographique	33
Répartition selon la région et le sexe	34
Syphilis congénitale	35
Analyse	35
ITS virales et surveillance accrue	37
ITS virales	37
Surveillance accrue	42
Les ITS chez les jeunes de la rue : Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJRC)	43
Tendances projetées concernant les ITS au Canada	45
Méthodologie	45
Résultats	46
Analyse	48
Notes techniques	49
Définition des termes couramment utilisés	49
Surveillance nationale des infections transmises sexuellement (ITS)	50
Références	54
Annexe I	
Tableau 1.1 Cas déclarés et taux de la chlamydiose génitale au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2004	60
Tableau 1.2 Cas déclarés et taux de la chlamydiose génitale au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2004	63
Tableau 2.1 Cas déclarés et taux de la gonorrhée au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1980-2004	65
Tableau 2.2 Cas déclarés et taux de la gonorrhée au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1980-2004	69
Tableau 3.1 Cas déclarés et taux de la syphilis infectieuse au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2004	72
Tableau 3.2 Cas déclarés et taux de la syphilis infectieuse au Canada selon la province/le territoire et le sexe, 1993-2004	74
Annexe II	
Carte du Canada	76

AVANT-PROPOS

La Section de la surveillance et de l'épidémiologie de l'Agence de santé publique du Canada est heureuse de vous présenter la dernière version du *Rapport de surveillance sur les infections transmises sexuellement (ITS)*. Ce rapport résume les tendances en ce qui concerne les trois ITS bactériennes à déclaration obligatoire au Canada (chlamydie génitale, gonorrhée et syphilis infectieuse) à l'aide des données fournies à l'Agence de santé publique du Canada par les provinces et les territoires. Afin d'offrir un portrait plus complet du fardeau que représentent les ITS au Canada, les taux d'ITS virales et les résultats des initiatives de surveillance accrue sont aussi inclus dans le rapport. De plus, afin de mettre en contexte les taux canadiens d'ITS, ceux-ci ont été comparés avec les taux enregistrés dans des pays similaires.

En dépit des efforts de prévention, d'éducation et de promotion de la santé qui ont été déployés au pays pour lutter contre les ITS, leur propagation n'est manifestement pas maîtrisée. Plus de 60 000 cas de chlamydie génitale sont déclarés chaque année au Canada, et ce sont les jeunes femmes qui sont les plus

touchées, dont bon nombre sont ensuite infécondes. Des centaines de Canadiens sont atteints de syphilis et de lymphogranulome vénérien, dont une proportion importante sont également infectés par le VIH. Cela n'est qu'un exemple du nombre d'ITS qui ont pour effet d'augmenter la transmission et l'acquisition du VIH. Les difficultés rencontrées en vue de cibler les populations les plus vulnérables et l'échec des efforts visant à éduquer nos jeunes sur les risques liés aux ITS ne font qu'attiser le problème.

En plus des efforts faits pour éviter les nouvelles infections, la prévention et le contrôle des ITS doivent être des moyens clés pour empêcher la propagation du VIH. Il faudra investir dans une stratégie nationale globale de lutte contre les infections transmises sexuellement ou par le sang afin de freiner l'épidémie montante d'ITS et de réduire les sommes affectées aux soins de santé en aval. Plus important encore, les efforts qui auront permis d'éviter des infections et de réduire la morbidité auront au bout du compte pour effet d'améliorer la santé des Canadiens.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été mis au point par la Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada (ASPC). De nombreux autres intervenants ont toutefois contribué à son élaboration et à sa publication, notamment :

- la Section de la santé sexuelle et des infections transmises sexuellement, par son examen approfondi du document et ses précieux commentaires et suggestions;
- d'autres membres de la Division des infections acquises dans la collectivité, par leur soutien administratif et technique;
- la Division des publications scientifiques et des services multimédias de l'ASPC, qui a édité et publié le rapport;
- Dena Schanzer, qui a mis au point les projections;
- Janice Mann, qui a présenté avec éloquence les vastes conséquences de la hausse des taux d'infection à chlamydia;
- le personnel de la Bibliothèque de santé publique de Santé Canada, pour son aide dans le cadre de l'analyse documentaire.

La surveillance nationale continue des infections transmises sexuellement (ITS) nécessite la collaboration et la participation de nombreuses personnes et organisations, notamment :

- les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. Nous les remercions chaleureusement pour la rapidité avec laquelle ils fournissent des données à l'ASPC et pour l'expertise dont ils font bénéficier de façon continue le programme national de lutte contre les ITS;
- les unités locales de santé publique un peu partout au pays, pour leur participation constante à la collecte des données qui sont le fondement de la surveillance nationale;
- la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'ASPC, qui est en charge de la surveillance nationale du VIH et du sida et qui gère le Système de déclaration des maladies infectieuses, duquel sont tirés les chiffres sur le nombre d'ITS bactériennes;
- le Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg, qui fournit des données sur la gonorrhée résistante aux antibiotiques et qui a aussi contribué à certaines sections de ce rapport;
- les agents de surveillance, en fonction dans plusieurs provinces et territoires, qui contribuent à améliorer la qualité des données et qui offrent un soutien continu à la Division des infections acquises dans la collectivité.

SOMMAIRE

Ce rapport confirme que les infections transmises sexuellement (ITS) constituent un problème et un défi grandissants en matière de santé publique au Canada. Depuis 1997, les taux déclarés de chlamydie génitale et de gonorrhée augmentent de façon constante. Les taux de syphilis infectieuse ont amorcé lentement leur ascension en 1997, puis ont connu une hausse rapide à compter de 2000. En 2004, les trois ITS bactériennes à déclaration obligatoire ont continué de progresser, affectant de plus en plus de Canadiens.

La hausse du nombre de cas déclarés d'ITS bactériennes ne s'observe pas qu'au Canada : la situation au Royaume-Uni et aux États-Unis comporte en effet certaines similitudes avec la nôtre à ce chapitre. Dans chacun des trois pays, la chlamydie est l'ITS la plus souvent déclarée, elle touche des groupes d'âge similaires chez les deux sexes et elle est en hausse. Pour ce qui est de la syphilis, la survenue d'éclotions chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est un des facteurs épidémiologiques communs aux trois pays. Contrairement à la chlamydie et à la syphilis, la gonorrhée semble toutefois être en hausse au Canada seulement.

La chlamydie génitale demeure l'ITS et la maladie à déclaration obligatoire le plus souvent déclarée au Canada. Le taux global de chlamydie en 2004 était de 70 % plus élevé que le taux de 1997. De son côté, le taux de gonorrhée a augmenté de 94 %. La résistance des gonocoques aux traitements de première intention est un problème montant. La syphilis infectieuse a connu les hausses les plus stupéfiantes, les taux ayant été multipliés par neuf au cours de la même période (tableau 1).

Au Canada, le fardeau des ITS n'est pas réparti uniformément dans l'ensemble de la population. Les jeunes femmes continuent d'être davantage touchées par la chlamydie génitale, tandis que la gonorrhée se concentre chez les hommes de 20 à 29 ans. Les hommes de plus de 30 ans constituent la majorité des cas de syphilis infectieuse. On dénote également des différences marquées sur le plan géographique, les taux de chlamydie génitale et de gonorrhée étant plus élevés dans le Nord, suivi du Manitoba et de la Saskatchewan. Les taux de syphilis infectieuse sont plus élevés en Colombie-Britannique. C'est l'Ontario qui enregistre le plus grand nombre de cas déclarés des trois ITS à déclaration obligatoire, ce qui n'est pas surprenant compte tenu de l'importance de sa population.

Tableau 1. Cas et taux déclarés d'ITS bactériennes au Canada

	Chlamydie génitale		Gonorrhée		Syphilis infectieuse ¹	
	Cas	Taux ²	Cas	Taux ²	Cas	Taux ²
1997	34 144	113,9	4 477	14,9	115	0,4
2002	56 266	179,4	7 365	23,5	482	1,5
2004 ³	62 971	197,1	9 233	28,9	1 127	3,5

¹ Syphilis infectieuse : phases primaire, secondaire et latente précoce

² Taux pour 100 000 habitants

³ Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Ces trois infections représentent plus de la moitié de toutes les maladies à déclaration obligatoire signalées à l'Agence de santé publique du Canada (figure 1). Cette comparaison donne une bonne idée du fardeau de la maladie directement attribuable aux ITS, lequel est en plus aggravé par la morbidité et les séquelles importantes qui accompagnent certaines autres ITS.

- La transmission sexuelle est responsable d'une part importante des cas déclarés d'infection à VIH. Le nombre de tests positifs déclarés demeure relativement constant, soit environ 2 500 par année, et près de la moitié des cas diagnostiqués sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH).
- La prévalence du virus du papillome humain (VPH) et du virus de l'herpès simplex est considérée comme élevée au Canada. Les souches de VPH à haut risque peuvent entraîner des résultats anormaux au test de Pap, sont la cause principale du cancer du col de l'utérus et peuvent causer des cancers anogénitaux tant chez l'homme que chez la femme. Certaines souches non oncogènes de VPH peuvent causer

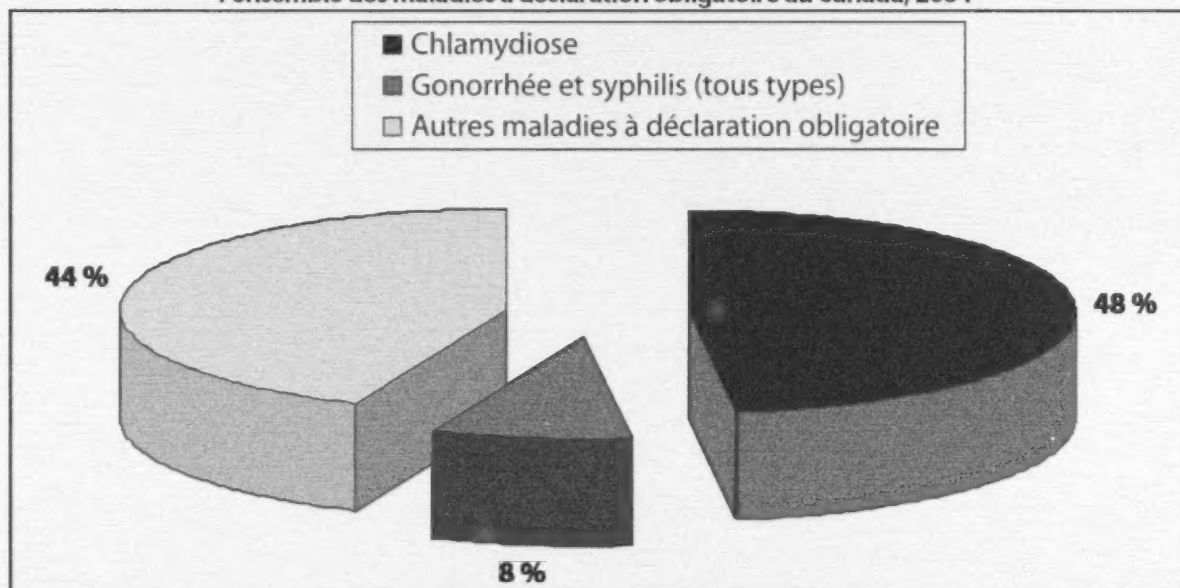
des verrues anogénitales. La présence d'ulcères herpétiques facilite la transmission du VIH.

- Le lymphogranulome vénérien, une ITS en émergence au Canada, peut entraîner des séquelles importantes. Tous les cas déclarés sont des hommes, dont bon nombre sont coinfectés par le VIH.

Certaines populations à risque élevé pourraient ne pas être représentées dans les chiffres sur les ITS déclarées systématiquement. Les initiatives de surveillance accrue donnent un aperçu du fardeau de la maladie parmi ces populations en particulier, ce qui contribue à cibler les efforts de prévention et de contrôle. Par exemple, le programme Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJRC) montre que les taux d'ITS bactériennes sont beaucoup plus élevés chez les jeunes de la rue que chez les jeunes Canadiens en général.

Les taux de chlamydiose et de gonorrhée ont été projetés pour la période de 2005 à 2010 pour fournir un exemple concret de ce à quoi les taux d'ITS au Canada pourraient ressembler en l'absence d'un renversement important de la courbe épidémique. Si

Figure 1 : Proportion des cas déclarés d'ITS bactériennes par rapport à l'ensemble des maladies à déclaration obligatoire au Canada, 2004*



* Les données de 2004 sont préliminaires et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Source : Maladies à déclaration obligatoire, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de santé publique au Canada, 2006.

les tendances actuelles persistent, les taux atteindront des sommets encore plus accablants d'ici la fin de la décennie. Étant donné que la coinfection par de multiples ITS virales ou bactériennes est courante, en particulier chez les populations à risque élevé, les facteurs qui sont communs aux diverses infections doivent être pris en compte dans l'élaboration des interventions de santé publique.

Ces chiffres ont des implications tangibles pour la population canadienne. En effet, une proportion croissante de la population risque de contracter (ou de transmettre) une ITS. Les conséquences émotionnelles et sociales d'un diagnostic d'infection peuvent représenter des difficultés de taille pour une personne. Une infection non traitée peut avoir des répercussions encore plus graves, pouvant entraîner des problèmes de santé à long terme. Ces infections sont entièrement évitables et sont également faciles à diagnostiquer et à traiter. Voilà des facteurs qui sont favorables au contrôle des ITS au Canada et que nous devons utiliser à notre avantage tandis que nous envisageons l'avenir.

INTRODUCTION

Ce rapport fait état des données épidémiologiques de base sur les infections bactériennes qui sont principalement transmises lors des rapports sexuels et dont la déclaration à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) est obligatoire à l'échelle nationale. La liste des maladies à déclaration obligatoire au pays est établie par un comité fédéral-provincial-territorial à l'aide d'un processus d'établissement des priorités qui permet de déterminer les maladies devant faire l'objet d'une surveillance systématique. Les critères ont été élaborés dans le but d'utiliser le plus efficacement possible les ressources affectées à la prévention et au contrôle des maladies qui constituent une menace pour les Canadiens. Les infections transmises sexuellement (ITS)¹ figurant sur cette liste sont la chlamydie génitale, la gonorrhée et la syphilis infectieuse. D'autres infections, comme l'herpès génital et l'infection par le virus du papillome humain (VPH), ne doivent pas obligatoirement être déclarées à l'échelle nationale. Afin d'offrir un portrait plus complet du fardeau que représentent les ITS au Canada, des données sur certaines de ces infections ont été incorporées à ce rapport; elles sont tirées de diverses études.

Étant la maladie à déclaration obligatoire la plus répandue au Canada, la chlamydie est responsable d'une très grande proportion du fardeau des ITS. Dans un document d'observation sollicité, intitulé « Et si ça voulait dire quelque chose? Les conséquences d'un taux élevé de chlamydie au Canada », on se penche plus à fond sur les répercussions de cette infection bactérienne en apparence inoffensive et facile à combattre.

Ce rapport sur les tendances relatives aux ITS au Canada est destiné aux gouvernements, aux professionnels de la santé, aux chercheurs et aux organismes bénévoles qui prennent part à la prestation des services et à la planification, de même qu'au grand public. Il a pour but de fournir de l'information pouvant être utilisée pour appuyer et éclairer la prise de décisions et l'élaboration de programmes visant à améliorer la santé des Canadiens. C'est dans cette perspective qu'une section sur les tendances projetées a été ajoutée.

Des notes techniques sont aussi fournies pour faciliter l'interprétation des données et pour offrir plus de détails sur le système de surveillance d'où les données sont extraites. L'annexe contient des tableaux de données sur chaque ITS à déclaration obligatoire et présente des données réparties par âge et par sexe, ainsi que par province et par sexe.

Tous les systèmes de surveillance ont leurs limites, et le nôtre ne fait pas exception. En effet, bon nombre d'ITS sont asymptomatiques, et il est donc possible que certaines infections ne soient pas détectées, diagnostiquées et déclarées. De plus, la recherche des contacts est une activité essentielle à la prévention et au contrôle des ITS, mais les hausses récentes des comportements sexuels à risque, comme les rapports avec des partenaires anonymes, rendent cette mesure difficile à appliquer. Par conséquent, il est possible que les infections parmi les contacts anonymes des cas passent inaperçues et ne soient donc pas décelées par le système de surveillance. Parmi les personnes qui présentent des symptômes, seules celles qui passent des tests ou reçoivent des soins médicaux sont comptabilisées. En raison de ces limites, les

1 Le terme « infection transmise sexuellement » (ITS), maintenant couramment utilisé plutôt que « maladie transmise sexuellement » (MTS), est plus inclusif, car il englobe les cas asymptomatiques.

chiffres contenus dans ce rapport sous-estiment probablement le fardeau réel de la maladie. Le rapport fournit toutefois une estimation dans le temps de l'importance des ITS et des tendances connexes au Canada. Les données sont sujettes à des changements en raison des retards dans les déclarations et d'autres contraintes propres aux systèmes de surveillance.

En lisant ce rapport, veuillez garder en tête que de légères différences peuvent exister entre les données présentées par l'ASPC et les données présentées individuellement par les provinces et les territoires. En pareilles circonstances, les données provinciales et territoriales prévalent, car elles sont plus à jour.

ÉDITORIAL

Et si ça voulait dire quelque chose? Les conséquences d'un taux élevé de chlamydirose au Canada

Janice Mann, MD

Ce rapport illustre clairement que les taux d'ITS bactériennes à déclaration obligatoire au Canada sont à la hausse; cela est un fait. Toutefois, dans un monde préoccupé par les problèmes associés aux maladies infectieuses, comme la grippe aviaire et le bioterrorisme, les taux d'ITS ont-ils vraiment une importance? Est-il vraiment nécessaire de nous préoccuper d'infections qui, pour la plupart, peuvent être traitées facilement et efficacement? Pourquoi déciderions-nous d'allouer des fonds et des ressources à un problème de santé publique en apparence si inoffensif, lorsqu'il y a tant d'autres menaces potentielles pour la santé publique qui nécessitent notre attention?

En vérité, les ITS sont tout sauf inoffensives, et la menace qu'elles font peser sur la santé et le bien-être des Canadiens est bien réelle. Les ITS et leurs séquelles ont des répercussions considérables sur la santé sexuelle, génésique et générale de la population et elles représentent un fardeau substantiel pour notre système de santé.

Toutes les ITS bactériennes sont des menaces importantes pour la santé au Canada, mais la chlamydirose génitale est sans doute parmi les plus grandes. Compte tenu de sa prévalence élevée et croissante, du fait qu'elle est souvent asymptomatique, de ses multiples effets néfastes sur la santé à long terme et du fait que la population y est étonnamment peu sensibilisée, la chlamydirose pourrait nuire énormément à la santé des Canadiens, en particulier les jeunes femmes.

La chlamydirose génitale, causée par *Chlamydia trachomatis*, est l'infection bactérienne transmise

sexuellement dont la prévalence est la plus élevée partout dans le monde, et la morbidité associée à cette infection est énorme⁽¹⁾. Au Canada, elle est la maladie à déclaration obligatoire la plus fréquemment signalée, et ce, malgré l'absence de symptômes chez la grande majorité des personnes infectées (en particulier les femmes). En l'absence de symptômes, et compte tenu de la méconnaissance de la chlamydirose, la très vaste majorité des personnes infectées ne sollicitent pas de test de détection ni de traitement, et ces cas ne sont donc pas déclarés. En fait, on estime que moins de 10 % des infections sont diagnostiquées et traitées, puis ultérieurement déclarées⁽²⁾. Manifestement, les taux déclarés de chlamydirose au Canada ne constituent que la pointe de l'iceberg par rapport au nombre réel d'infections.

Même les manifestations les plus simples de l'infection à *C. trachomatis* peuvent être graves. Cette bactérie peut infecter le col de l'utérus (chez la femme) ou l'urètre (chez l'homme et la femme), causant respectivement une cervicite muco-purulente ou une uréthrite. La présence de ce type d'infections des voies génitales inférieures peut accroître le risque de contracter le VIH lors de relations sexuelles. De plus, les personnes atteintes à la fois d'une infection à VIH et d'une chlamydirose génitale sont plus susceptibles de transmettre le VIH à un partenaire sexuel non infecté. Pendant la grossesse, l'infection peut entraîner une myriade de complications, y compris la perte prématurée des eaux, l'accouchement avant terme, les infections puerpérales et néonatales, l'insuffisance pondérale à la naissance, la mortinaissance⁽³⁾, ainsi que les fausses-couches

précoces ou répétées^(1,3). L'infection à *C. trachomatis* semble également accroître le risque de cancer du col de l'utérus, agissant peut-être comme cofacteur avec les souches oncogènes de VPH responsables de ce cancer^(1,2).

Les complications à long terme de l'infection à chlamydia sont aussi très préoccupantes. Plus des deux tiers des cas de chlamydie génitale déclarés au pays sont enregistrés parmi les jeunes de 15 à 24 ans, en particulier parmi les femmes. Malheureusement, ce groupe surreprésenté de jeunes femmes et de jeunes adultes est précisément celui qui risque le plus de subir les conséquences les plus graves et les séquelles permanentes de l'infection, par exemple, l'atteinte inflammatoire pelvienne, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse ectopique, de même que d'autres issues défavorables de la grossesse et la stérilité.

Atteintes inflammatoires pelviennes

Les atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) sont difficiles à diagnostiquer et à traiter efficacement, en plus d'être mal comprises. En outre, le public est très peu informé de leur existence. Dans ce cas, comment les AIP peuvent-elles avoir une importance pour la santé des Canadiens, et pourquoi traiter de ce problème dans un exposé sur les taux à la hausse de chlamydie?

Les AIP sont la toute première cause évitable de stérilité et d'issues défavorables de la grossesse. Elles surviennent lorsque des organismes, principalement ceux qui sont acquis par contact sexuel (comme la chlamydia et le gonocoque) ou qui sont endogènes, passent des voies génitales inférieures aux voies génitales supérieures, infectant, dans toutes les combinaisons possibles, l'utérus (endomètre), les trompes de Fallope et les structures pelviennes adjacentes⁽¹⁾. *C. trachomatis* est la principale cause des AIP. Entre 10 % et 40 % des cas non traités de chlamydie évolueront vers une AIP. À son tour, une AIP peut léser les trompes de Fallope et entraîner leur cicatrisation et leur obstruction, causant la stérilité tubaire, des grossesses ectopiques (ou

d'autres issues défavorables de la grossesse) et des douleurs pelviennes chroniques.

Des études avec des modèles animaux ont montré qu'une AIP peut apparaître dès 5 jours après l'acquisition d'une chlamydie génitale⁽⁴⁾. Un seul épisode d'AIP entraîne 10 % de risque de grossesse ectopique ou de stérilité, ce risque passant respectivement à 20 % et à près de 40 % dans le cas d'un deuxième et d'un troisième épisode⁽¹⁾. Il ressort d'autres études que le risque de complications d'une AIP, y compris la grossesse ectopique et la stérilité, est trois fois plus élevé chez les femmes qui attendent avant de demander des soins, ne serait-ce que trois jours après l'apparition des douleurs pelviennes^(4,5). Lorsqu'elle gagne les trompes de Fallope, la chlamydie peut devenir chronique malgré le traitement par les antibiotiques, et les processus immunologiques pouvant mener à la stérilité tubaire peuvent se poursuivre après un traitement microbiologique⁽⁶⁾. Tous ces facteurs mettent en évidence l'importance de prévenir la chlamydie génitale afin d'empêcher l'épidémie secondaire d'AIP, sans oublier les épidémies tertiaires de grossesses ectopiques et de stérilité.

Le tableau 1 présente le nombre et les taux d'hospitalisations liées aux AIP au Canada. C'est chez les femmes de 30 à 39 ans que les taux sont les plus élevés et chez celles de 15 à 19 ans qu'ils sont les plus bas. Au milieu des années 1990, on dénotait près de 400 cas pour 100 000 parmi les femmes de 30 à 39 ans. Au premier abord, il peut sembler que les taux d'hospitalisations liées aux AIP sont en baisse au Canada (tableau 1). Il faut toutefois bien comprendre que depuis quelques années, le traitement tant des AIP que des grossesses ectopiques s'effectue en consultation externe alors qu'il était auparavant donné en milieu hospitalier (c.-à-d. pharmacothérapie intraveineuse, chirurgie). Cette réalité, combinée à l'absence totale de test diagnostique fiable, aux différentes définitions de cas et à la difficulté d'accès aux voies génitales supérieures de la femme, complique encore davantage la recherche des cas et la surveillance du nombre de cas d'AIP. Cela est encore plus troublant si l'on songe qu'une AIP résultant d'une chlamydie est plus souvent asymptomatique qu'une AIP causée par *Neisseria gonorrhoeae*. On peut

donc penser que, étant donné qu'une proportion grandissante des cas d'AIP peuvent être attribués à la chlamydia, le portrait des AIP est en train de changer, celles-ci passant de maladies accompagnées de symptômes (lesquels suscitent un diagnostic et un traitement) à des maladies « silencieuses », c'est-à-dire asymptomatiques^(1,7). En fait, des études ont révélé que les AIP asymptomatiques peuvent, autant que les AIP cliniques, causer des lésions tubaires, et qu'elles sont peut-être la cause la plus répandue de stérilité tubaire⁽¹⁾.

Au Canada et un peu partout dans le monde, les coûts sociaux et économiques associés aux AIP sont énormes. En 1993, la Banque mondiale estimait que les AIP étaient responsables de 94 % de la morbidité associée aux ITS (y compris la morbidité liée au VIH) chez les femmes des pays développés⁽⁸⁾. En fait, lorsque l'on mesure, en années de vie corrigées pour l'incapacité, le fardeau de la maladie que représentent les AIP chez les femmes, il dépasse celui que représente le VIH chez les hommes⁽⁴⁾. Toutefois, l'attention et les ressources qui sont dirigées vers les épidémies d'infection à VIH et d'AIP dans le monde ne reflètent pas cette réalité.

Grossesse ectopique

La grossesse ectopique est l'implantation d'un ovule fécondé à l'extérieur de l'utérus. Elle est responsable d'environ 10 % des décès liés à la grossesse. Les taux d'hospitalisations associées à la grossesse ectopique chez les Canadiennes semble être supérieur parmi les femmes de 25 à 29 ans; les taux sont en baisse depuis 1995 (tableau 2). Cette baisse est sans doute attribuable, du moins en partie, à la transition des soins hospitaliers vers les soins externes dont il a été question précédemment.

Chez les jeunes femmes, la chlamydiose est la première cause de grossesse ectopique⁽⁹⁾. On estime qu'au moins 2 % des femmes atteintes d'une chlamydiose touchant les voies génitales inférieures auront une grossesse ectopique (ou présenteront d'autres issues défavorables de la grossesse)⁽¹⁾. Ce pourcentage est surprenant si l'on considère le nombre incroyablement élevé de cas de chlamydiose chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Des antécédents d'AIP constituent le prédicteur le plus puissant de grossesse ectopique⁽⁹⁾. Des études ont indiqué qu'une baisse du taux d'AIP est fortement associée à une baisse subséquente du taux de grossesse ectopique⁽⁸⁾.

Tableau 1. Nombre et taux* d'hospitalisations associées à une AIP chez les femmes au Canada, par groupe d'âge, 1995-2001

Année		15-19	20-24	25-29	30-39	40-44
1995-1996	Cas	806	1 977	3 337	9 974	3 272
	Taux	83,8	200,2	308,7	386,1	282,8
1996-1997	Cas	791	1 614	3 015	9 312	3 284
	Taux	81,0	164,0	282,8	360,8	276,0
1997-1998	Cas	591	1 455	2 567	8 391	3 351
	Taux	59,9	147,7	243,6	327,8	272,9
1998-1999	Cas	518	1 290	2 367	7 979	3 216
	Taux	51,9	130,8	227,2	316,0	255,6
1999-2000	Cas	444	1 139	2 269	7 622	3 372
	Taux	44,0	114,3	220,1	306,5	263,4
2000-2001	Cas	443	1 146	1 967	7 041	3 422
	Taux	43,5	113,4	192,1	287,3	262,9

* Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

Source : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Stérité

Les taux d'hospitalisations liées à la stérilité chez les Canadiennes sont présentés dans le tableau 3. C'est chez les femmes de 30 à 39 ans que l'on enregistre les taux les plus élevés. Les taux semblent avoir baissé entre 1995 et 2001, passant d'environ 330 à 240 cas pour 100 000; toutefois, la transition des soins hospitaliers vers les soins externes est le facteur ayant le plus probablement contribué à ce déclin.

Malgré l'attention portée au problème de la stérilité au Canada, peu de gens sont au fait de son lien direct avec les ITS. L'AIP causée par la chlamydia génitale est la principale cause évitable de stérilité⁽¹⁾. Aux États-Unis seulement, 50 000 femmes deviennent stériles chaque année à la suite d'une chlamydia⁽²⁾. On estime que 3 % des femmes qui contractent une infection à chlamydia touchant les voies génitales inférieures deviendront stériles⁽¹⁾. Des anticorps contre *C. trachomatis* ont été détectés chez plus de 80 % des femmes présentant une stérilité tubaire⁽²⁾. Malheureusement, en raison de la nature asymptomatique de la chlamydia, cette infection, ou encore l'AIP, n'a jamais été diagnostiquée chez la majorité des femmes présentant une stérilité tubaire⁽¹⁾. Ce type

de stérilité demeure le motif le plus fréquent pour lequel les gens ont recours à la fécondation in vitro, une intervention des plus coûteuses⁽¹⁾. Aussi, les coûts associés à la chlamydia, à l'AIP et à la stérilité tubaire sont-ils énormes pour le système de santé, pour les individus et pour l'économie. En dépit des sommes substantielles consacrées à la science, à la technologie, à la réglementation et à la pratique de la procréation assistée au Canada, les sommes affectées à la prévention de la stérilité par la prévention et le contrôle des ITS comme la chlamydia ne sont pas suffisantes.

Santé mentale

Les coûts en santé mentale associés aux séquelles des ITS sont rarement examinés, et ce, malgré l'impact important de ces infections sur le bien-être psychologique des patients touchés. L'expérience de la stérilité causée par une AIP peut être extrêmement stressante, et de nombreuses études ont montré que la prévalence de l'anxiété et de la dépression est élevée parmi les femmes stériles⁽³⁻¹⁹⁾. Les sentiments et les émotions associés à l'incapacité de concevoir peuvent affecter grandement la santé mentale et le

Tableau 2. Nombre et taux* d'hospitalisations associées à une grossesse ectopique au Canada, par groupe d'âge, 1995-2001

Année		15-19	20-24	25-29	30-39	40-44
1995-1996	Cas	190	699	1 396	2 798	268
	Taux	19,7	70,8	129,1	108,3	23,2
1996-1997	Cas	169	661	1 293	2 658	256
	Taux	17,3	67,2	121,3	103,0	21,5
1997-1998	Cas	173	622	1 226	2 372	228
	Taux	17,5	63,2	116,3	92,7	18,6
1998-1999	Cas	156	665	1 156	2 271	274
	Taux	15,6	67,4	111,0	89,9	21,8
1999-2000	Cas	151	611	1 006	2 039	206
	Taux	15,0	61,3	97,6	82,0	16,1
2000-2001	Cas	167	572	925	1 983	249
	Taux	16,4	56,6	90,3	80,9	19,1

* Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

Source : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 3. Nombre et taux* d'hospitalisations associées à la stérilité chez les femmes au Canada, par groupe d'âge, 1995-2001

Année		15-19	20-24	25-29	30-39	40-44
1995-1996	Cas	45	752	2 937	8 596	1 009
	Taux	4,7	76,2	271,7	332,7	87,2
1996-1997	Cas	48	633	2 574	7 890	926
	Taux	4,9	64,3	241,4	305,7	77,8
1997-1998	Cas	30	518	2 130	7 049	912
	Taux	3,0	52,6	202,1	275,4	74,3
1998-1999	Cas	33	435	1 889	6 720	1 007
	Taux	3,3	44,1	181,3	266,1	80,0
1999-2000	Cas	28	420	1 884	6 430	983
	Taux	2,8	42,2	182,8	258,6	76,8
2000-2001	Cas	22	323	1 564	6 003	957
	Taux	2,2	32,0	152,7	244,9	73,5

* Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

Source : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé.

bien-être des femmes. De plus, le fait qu'on ne puisse pas être certain des résultats des traitements contre la stérilité ni en avoir la maîtrise complète peut entraîner des sentiments de colère, d'isolement, de culpabilité et de deuil, et peut causer des tensions dans les relations interpersonnelles. On a découvert que pour certaines femmes traitées dans des cliniques de fertilité, les aspects émotionnels sont encore plus stressants que les traitements médicaux eux-mêmes⁽²⁰⁾.

Prévention

Si la chlamydiose était une infection impossible à prévenir, difficile à diagnostiquer et compliquée à traiter, la situation au Canada serait vraiment désastreuse. Fort heureusement, ce n'est pas le cas. En fait, il est possible de prévenir efficacement la transmission de la chlamydiose ou, en cas de transmission, de détecter facilement l'infection, puis de la traiter rapidement et avec succès. Le fait de s'abstenir de relations sexuelles avec pénétration, la monogamie mutuelle entre des partenaires non infectés et l'utilisation du condom sont toutes des

stratégies efficaces de prévention de la chlamydiose – si elles sont employées. Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) à partir de l'urine constitue une technique de diagnostic facile et acceptée d'emblée. Le traitement peut être réduit à une seule dose d'antibiotiques par voie orale pour les patients qui risquent de ne pas observer les traitements plus longs. Même si tous ces facteurs devraient contribuer à la prévention et au contrôle efficaces de la chlamydiose et de ses séquelles, les taux d'infection continuent néanmoins d'augmenter. Les outils de prévention primaire, secondaire et tertiaire existent; reste à déterminer comment nous pouvons optimiser leur utilisation.

Contrairement à d'autres pays, notamment l'Angleterre^(21,22), le Canada ne dispose pas actuellement d'une stratégie nationale de lutte contre la chlamydiose et les autres ITS (exception faite de l'infection à VIH) et contre leurs séquelles, y compris les AIP, la grossesse ectopique et la stérilité évitable.

LES ITS DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL

En santé publique, le fait que les maladies ne connaissent pas de frontières est devenu un truisme. En 2004, environ 763 millions de personnes dans le monde ont traversé les frontières internationales, une hausse de 73 % depuis 1989⁽²³⁾. Ces mouvements humains facilitent la propagation de nombreuses maladies infectieuses, y compris celles qui se transmettent par les rapports sexuels.

La prévention et le traitement des ITS sont des aspects importants de la médecine du voyage et de la santé publique, et ce, pour diverses raisons :

- Les gens adoptent parfois des comportements sexuels plus à risque lorsqu'ils sont en voyage⁽²⁴⁾;
- Certaines ITS sont relativement rares et peu connues des cliniciens dans les pays développés, et il arrive qu'elles ne soient pas diagnostiquées ou qu'elles ne soient pas traitées adéquatement;
- Les ITS contractées à l'étranger, y compris les infections asymptomatiques, ont parfois un profil d'antibiorésistance différent des ITS contractées au Canada^(24,25).

Pour les mêmes raisons, le portrait international est une considération importante dans le cadre de la surveillance nationale des maladies. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'en 1999, la prévalence des ITS bactériennes curables en Amérique du Nord était de 1 900 cas pour 100 000 habitants; à ce moment, la prévalence en Amérique latine et dans les Antilles, des destinations voyage populaires auprès des Canadiens, était de 7 100 cas pour 100 000 habitants⁽²⁶⁾.

Dans les pays développés, une proportion importante des ITS est attribuable aux relations sexuelles non protégées pendant des voyages à l'étranger⁽²⁷⁾, et le nombre de Canadiens qui voyagent à l'extérieur du pays est en hausse. Les données préliminaires indiquent qu'en 2004, les Canadiens ont été plus nombreux que jamais à voyager à l'étranger. Les résidents canadiens ont atteint le chiffre record de plus de 5,7 millions de déplacements vers des pays autres que les États-Unis (É.-U.) en 2004. Les déplacements à destination et au retour des É.-U. ont aussi augmenté au cours de la même période⁽²⁸⁾.

Tableau 1. Cas et taux déclarés d'ITS bactériennes en 2004

	Chlamydiae génitale		Gonorrhée		Syphilis infectieuse ¹	
	Cas	Taux ²	Cas	Taux ²	Cas	Taux ²
Canada	62 971	197,1	9 233	28,9	1 127	3,5
R.-U. ³	104 155	174,1	22 335	37,3	2 254	3,8
É.-U. ⁴	929 462	319,6	330 132	113,5	7 980	2,7

¹ Il est à noter que les cas déclarés de syphilis infectieuse au Canada englobent les phases primaire, secondaire et latente précoce, tandis que seules les phases primaire et secondaire sont considérées au R.-U. et aux É.-U.

² Taux pour 100 000 habitants.

³ Source : The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. *Mapping the issues. HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: 2005*. Londres : Health Protection Agency, novembre 2005.

⁴ Source : Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually transmitted disease surveillance, 2004*. Atlanta : U.S. Department of Health and Human Services, septembre 2005.

Comparaison des tendances internationales concernant les ITS

Le Royaume-Uni (R.-U.) est la destination outre-mer la plus populaire auprès des touristes canadiens, tandis que c'est aux É.-U. que se rendent le plus souvent les Canadiens qui voyagent en Amérique du Nord⁽²⁸⁾. En raison de la fréquence des déplacements et des similitudes culturelles, ces deux pays ont été retenus à des fins de comparaison.

La comparabilité directe des chiffres est limitée par les différences dans les systèmes de déclaration et la définition des cas, mais il est possible d'évaluer les tendances générales afin de dégager des similitudes et des différences concernant les épidémies.

Chlamydirose génitale

- La chlamydirose est l'ITS le plus fréquemment déclarée dans les trois pays (tableau 1), et elle est en hausse.
 - De 2003 à 2004, l'augmentation annuelle des taux déclarés allait de 4 % à 8 %, la hausse la plus importante étant enregistrée au R.-U.
- L'infection frappe de façon disproportionnée les jeunes et les femmes. Les taux sont toujours plus élevés chez les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 20 à 24 ans.

Gonorrhée

- Il y a une plus grande hétérogénéité entre les pays pour ce qui est de l'infection gonococcique. Contrairement à la tendance canadienne, les taux de gonorrhée sont en baisse au R.-U. et aux É.-U.
 - Aux É.-U., le taux de gonorrhée en 2004 était le plus bas jamais déclaré. On dénote toutefois des variations entre les différents groupes de la population : des baisses ont été enregistrées dans les populations qui connaissent les taux les plus élevés (Afro-Américains et adolescents), tandis que des hausses ont été observées parmi les personnes de race blanche.
- Au R.-U., les diagnostics de gonorrhée ont augmenté de façon constante entre 1995 et 2002, mais diminuent graduellement depuis.

- On remarque davantage de variation dans la distribution de l'infection selon l'âge et le sexe. Quoique les hommes soient plus nombreux à présenter des signes d'infection – comme en témoignent les taux déclarés plus élevés au Canada et au R.-U. chez les hommes – le taux d'infection est plus élevé chez les femmes que chez les hommes aux É.-U.

Syphilis

- La syphilis n'est pas déclarée de la même façon dans les trois pays. Toutefois, la comparaison des grandes tendances et des données épidémiologiques révèle une hausse des cas chez certaines populations en particulier.
 - Les tendances nationales poursuivent leur trajectoire ascendante, les taux les plus élevés étant enregistrés chez les hommes plus âgés. Les éclosions parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) sont communes aux trois pays.
 - Les hommes représentent une proportion substantielle et croissante des cas au Canada, une tendance qui s'observe aussi au R.-U. et aux É.-U.
- Aux É.-U., le taux de syphilis primaire et secondaire augmente chaque année depuis 2001, principalement chez les hommes.
 - De 2003 à 2004, le taux de cas déclarés chez les femmes est demeuré stable à 0,8 pour 100 000, tandis que le taux de syphilis congénitale a continué de diminuer.
- Au R.-U., entre 2003 et 2004, les diagnostics de syphilis primaire et secondaire ont augmenté de 37 %.
 - 88 % des cas étaient des hommes, dont plus de la moitié étaient des HRSH.
 - Les taux les plus élevés ont été déclarés parmi les hommes de 25 à 34 ans (17/100 000) et de 35 à 44 ans (16/100 000), de même que chez les femmes de 20 à 24 ans (4/100 000).

Stratégies de lutte contre les ITS au R.-U., aux É.-U. et au Canada

Dans le cadre d'une stratégie nationale globale sur la santé sexuelle et le VIH (*National Strategy for Sexual Health and HIV*), publiée en 2001, la Health Protection Agency (HPA) du R.-U. a investi dans des initiatives majeures de dépistage et de traitement⁽³⁰⁾. Le programme national de dépistage de la chlamydie (*National Chlamydia Screening Program*), lancé en 2002, offre un dépistage opportuniste aux hommes et aux femmes qui consultent dans des établissements de santé autres que des cliniques de médecine génito-urinaire (~25 % de toutes les fiducies de soins de santé primaires en Angleterre). La HPA peut ainsi mieux caractériser l'épidémie de chlamydie en Angleterre, encourager les personnes qui pourraient être asymptomatiques à subir un dépistage et, ainsi, éviter à ces personnes et au système d'avoir à assumer des coûts de soins de santé supérieurs dans le futur⁽²²⁾.

Par ses rapports intitulés *Healthy People*, dont le premier a été publié par le Surgeon General en 1979, les É.-U. ont établi des objectifs nationaux de promotion de la santé et de prévention des maladies pour 2000 et 2010. *Healthy People 2010* (<http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/hpdata2010/abouthp.htm>) comprend une section sur les ITS dans laquelle on présente les valeurs de référence, les objectifs pour 2010 et les bilans annuels sur l'atteinte des principaux objectifs de lutte contre les ITS. Certains objectifs sont mesurables au moyen des mécanismes centraux de surveillance des maladies à déclaration obligatoire en place aux É.-U., et des initiatives de dépistage additionnelles ont été créées pour cibler les populations nécessitant une attention spéciale :

- Des projets régionaux de prévention de la stérilité ont été mis en place depuis la fin des années 80 afin de soumettre au dépistage les femmes qui visitent les services de planification familiale.
- Depuis 1990, on fait subir un dépistage à des dizaines de milliers de personnes qui sont admises chaque année au programme national de formation à l'emploi (*National Job Training*

Program). Les participants à ce programme sont des jeunes défavorisés de 16 à 24 ans.

- Dans le cadre d'un projet de surveillances des MTS en milieu correctionnel (*Corrections STD Prevalence Monitoring Project*), on fait subir aux personnes qui entrent dans les prisons ou les établissements correctionnels pour jeunes un dépistage de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis. On peut ainsi traiter celles qui n'ont peut-être pas eu accès à des soins et réduire la transmission dans la population générale.

En 1997, le Canada a établi des objectifs nationaux de lutte contre les ITS et leurs séquelles, y compris les AIP et la grossesse ectopique⁽³¹⁾. Selon les tendances à long terme, il est évident que bon nombre de ces objectifs n'ont pas été, ou ne seront pas, atteints aux dates fixées. Les objectifs nationaux sont maintenant revus en tenant compte du contexte actuel en matière d'ITS et de santé publique, et le besoin de se pencher sur la prévention des ITS n'a jamais été aussi grand. Le Canada a désespérément besoin d'engagements à long terme en vue d'améliorer le dépistage intégré des ITS et du VIH partout au pays, en particulier parmi les populations à haut risque d'ITS et de leurs séquelles.

Problèmes émergents liés aux ITS à l'échelle internationale

L'observation des tendances internationales met les taux nationaux en perspective et peut laisser présager les changements qui toucheront l'épidémie à l'échelle locale. Les deux premiers exemples ci-dessous décrivent des changements récents dans l'épidémiologie des ITS à l'échelle internationale, qui ont par la suite été observés au Canada.

- Le lymphogranulome vénérien était rare dans les pays industrialisés, jusqu'à ce que des cas soient relevés chez les HRSH dans certains pays d'Europe en 2003. La sensibilisation du personnel soignant canadien aux éclosions en Europe a permis l'identification d'infections graves, qu'il aurait été difficile de reconnaître et de diagnostiquer adéquatement⁽³²⁾.
- Après que des préoccupations eurent été soulevées par l'émergence de souches de *Neisseria*

gonorrhoeae résistantes à la ciprofloxacine dans certaines régions d'Asie et à Hawaï, des isolats de gonocoques résistants ont été identifiés aux États-Unis et au Canada, sur le continent. Les dernières recommandations canadiennes pour le traitement de la gonorrhée ont été modifiées pour tenir compte de ces profils de résistance⁽³³⁾.

- Un nombre petit, mais alarmant, d'échecs du traitement par l'azithromycine ont été signalés chez des cas de syphilis primaire et secondaire à San Francisco⁽³⁴⁾; cela pourrait être un signal d'alarme pour le personnel soignant au Canada.

CHLAMYDIOSE GÉNITALE

(*Chlamydia trachomatis*)

Faits marquants :

- En 2004, la chlamydiose génitale est demeurée l'ITS et la maladie à déclaration obligatoire le plus fréquemment déclarée au Canada.
- La chlamydiose touche davantage les jeunes femmes de 15 à 24 ans, lesquelles représentent près de 50 % de tous les cas déclarés en 2004.
- Une proportion importante des cas étaient asymptomatiques (et sont donc demeurés indétectés pendant un certain temps), exposant les femmes à des risques de complications touchant leur santé génésique.

- La chlamydiose génitale, une infection bactérienne causée par *Chlamydia trachomatis*, est la maladie à déclaration obligatoire le plus souvent déclarée au Canada.
 - Les sérovars D à K de *Chlamydia trachomatis* causent une infection des régions génitales et anales.
 - Les sérovars L1, L2 et L3 causent le lymphogranulome vénérien, lequel n'est pas déclaré systématiquement (LGV), mais fait l'objet d'une surveillance accrue (consulter le chapitre sur les ITS virales et la surveillance accrue).
- Étant donné que la chlamydiose génitale touche davantage les jeunes, en particulier les femmes, les conséquences d'une absence de traitement sont très préoccupantes.
 - Chez les femmes, les séquelles comprennent les affections inflammatoires pelviennes (AIP), qui peuvent entraîner des douleurs pelviennes chroniques, des grossesses ectopiques et la stérilité. Les femmes enceintes peuvent transmettre l'infection à leur enfant, causant chez celui-ci une conjonctivite ou une pneumonie.

- Plus rarement, les hommes développent une orchite-épididymite ou d'autres affections moins courantes⁽³³⁾.
- L'infection à chlamydia, comme toutes les ITS bactériennes, accroît le risque d'acquisition et/ou de transmission du VIH.
- Les taux de chlamydiose, déclarés pour la première fois en 1991, ont diminué jusqu'en 1997, pour remonter par la suite (figure 1).
 - En 2004, le taux global a augmenté d'environ 10 % par rapport à 2002, et de plus de 70 % par rapport à 1997 (tableau 1).

Tableau 1.
Nombre de cas déclarés et taux de chlamydiose génitale au Canada, 1997, 2002 et 2004

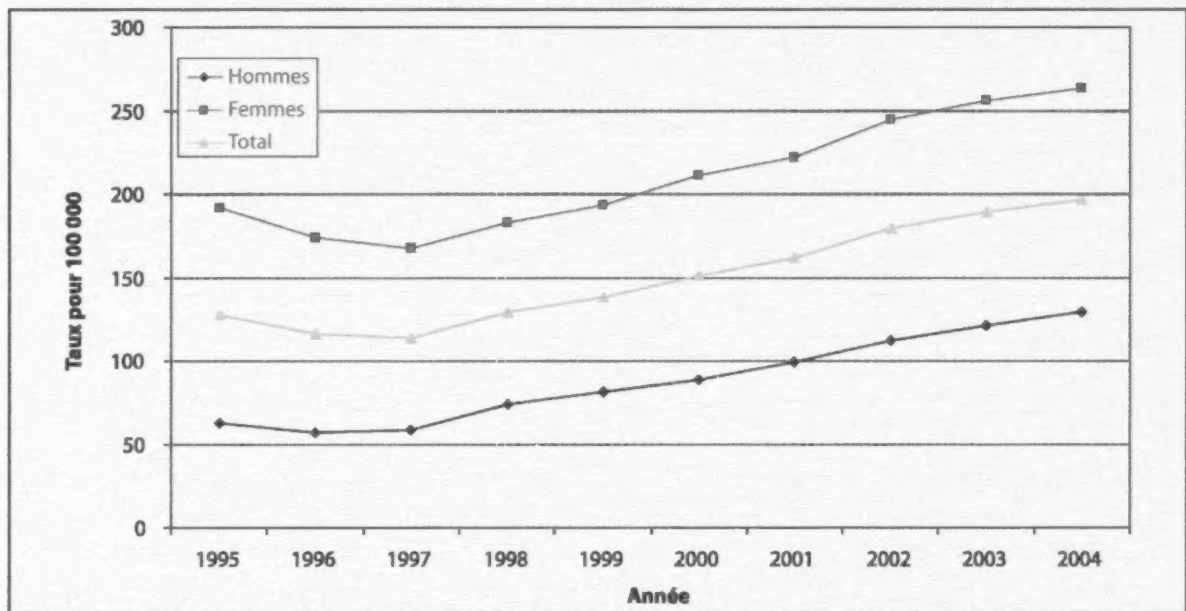
Année	Nombre de cas déclarés	Taux ¹
1997	34 144	113,9
2002	56 266	179,4
2004 ²	62 971	197,1

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

L'infection touche majoritairement les femmes, lesquelles représentaient les deux tiers de tous les cas de chlamydiose déclarés en 2004.

Les femmes chez qui on a diagnostiqué une chlamydiose sont plus souvent des jeunes : les femmes de 15 à 24 ans représentaient en effet 73 % des cas de sexe féminin et 49 % de tous les cas au cours de la même période.

Figure 1 : Taux déclarés¹ de chlamydie génitale au Canada, 1995-2004²

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

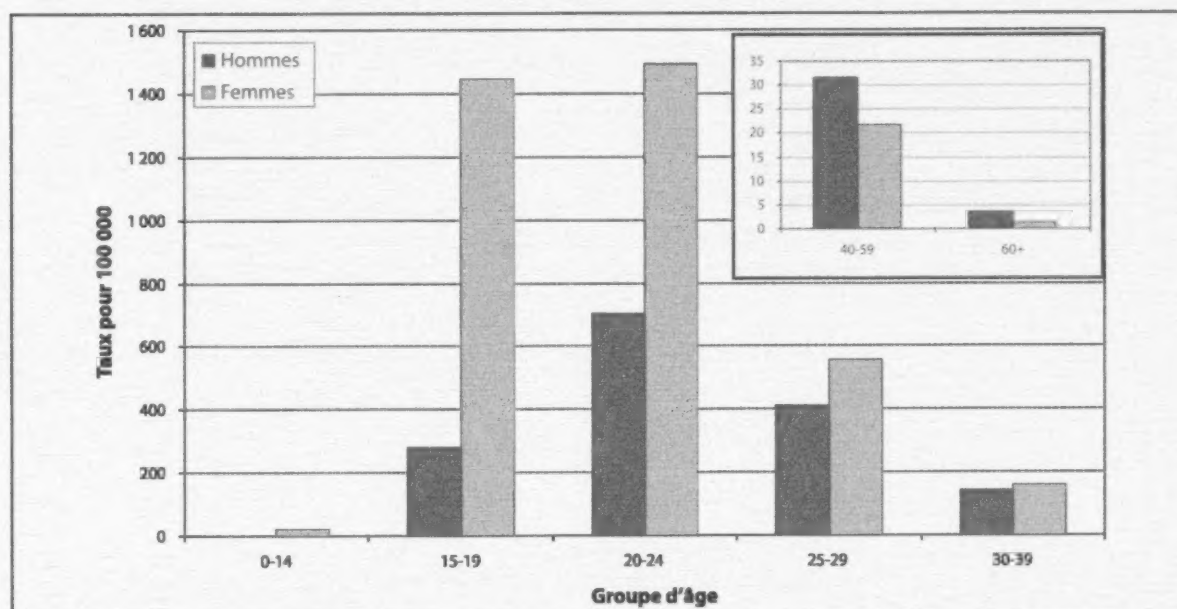
Répartition selon l'âge et le sexe

- Les cas déclarés de chlamydie se concentrent chez les personnes de moins de 30 ans, et ce pour les deux sexes. Ce groupe d'âge compte en effet plus de 80 % de tous les cas de chlamydie déclarés en 2004 (figure 2).
 - Ces chiffres contrastent par rapport aux données sur la gonorrhée et la syphilis infectieuse, la proportion de cas déclarés de ces deux maladies parmi ce groupe étant respectivement de 65 % et de 18 %.
- Tandis que les jeunes femmes continuent d'être davantage touchées par la chlamydie, on remarque une tendance à la hausse, légère quoique constante, des cas déclarés chez les hommes.
 - En 1997, les hommes représentaient le quart de tous les cas déclarés. En 2004, cette proportion a grimpé à 33 %.
 - Le changement le plus important dans la répartition selon le sexe s'est produit chez les 15 à 24 ans, où le ratio des cas homme:femme est passé de 1:6,3 en 1997 à 1:4,9 en 2004.
- Parmi les groupes plus âgés, les différences entre les sexes diminuent.
 - Chez les personnes de plus de 40 ans, les hommes affichaient en fait des taux de chlamydie plus élevés que les femmes. Le ratio homme:femme, qui était pratiquement de 1:1 en 1997, est passé à 1,5:1 en 2004.
 - 1998 marque la transition vers des taux plus élevés tant chez les hommes que chez les femmes parmi les personnes de 60 ans et plus, un changement qui est demeuré constant au fil du temps.

Hommes

- La majorité des cas de chlamydie déclarés chez les hommes surviennent dans le groupe des 20 à 29 ans, et ils représentent plus de 60 % des cas déclarés chez les hommes (figure 3).
 - Chez les hommes, c'est parmi les 20 à 24 ans que le taux est le plus élevé.

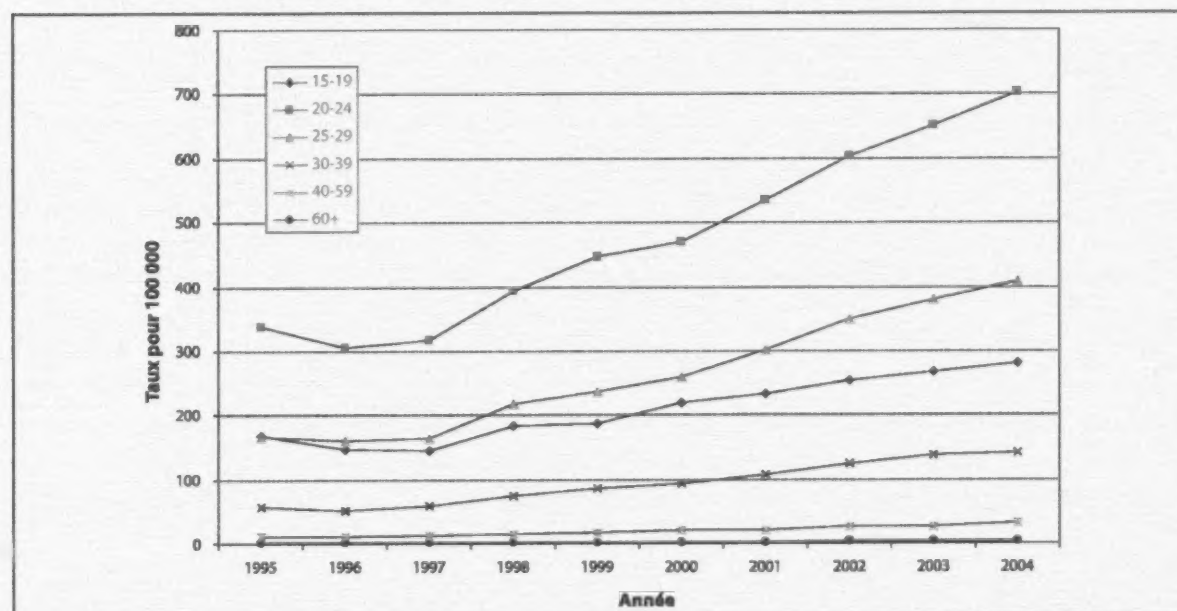
Figure 2 : Taux déclarés¹ de chlamydie génitale, par sexe et par groupe d'âge, 2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Tableau 3 : Taux déclarés¹ de chlamydie génitale chez les hommes, par groupe d'âge, 1995-2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

- La répartition relative des cas selon l'âge est demeurée stable au cours des dernières années.
 - Un changement s'est opéré au début des années 1990 parmi les hommes plus âgés, alors que les hommes de 25 à 29 ans ont surpassé ceux de 15 à 19 ans en tant que groupe connaissant le deuxième taux le plus élevé.
- Depuis 1997, c'est chez les plus de 60 ans que la hausse a été la plus radicale chez les hommes (tableau 2).
 - Le nombre de cas est relativement peu élevé (21 cas en 1997, passant à 91 cas en 2004).
- De 1997 à 2004, les taux de chlamydie chez les hommes, parmi tous les groupes d'âge, ont continué d'augmenter.

Tableau 2 :
Taux déclarés¹ de chlamydie génitale chez les hommes : % de hausse, 1997-2004²

Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	144,7	280,9	94
20-24	316,1	702,1	122
25-29	164,3	408,3	149
30-39	59,8	142,0	138
40-59	12,5	31,7	153
60+	1,0	3,6	270
Total	58,7	129,5	121

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Femmes

- Le taux déclaré de chlamydie chez les femmes de 15 à 24 ans est environ sept fois plus élevé que la moyenne nationale (environ 1 450 pour 100 000 comparativement à 197 pour 100 000).
 - Ce groupe et le groupe des 25 à 29 ans compte pour près de 90 % de tous les cas chez les femmes (figure 4).

De 1997 à 2004, les taux de chlamydie chez les femmes ont augmenté de façon constante (tableau 3).

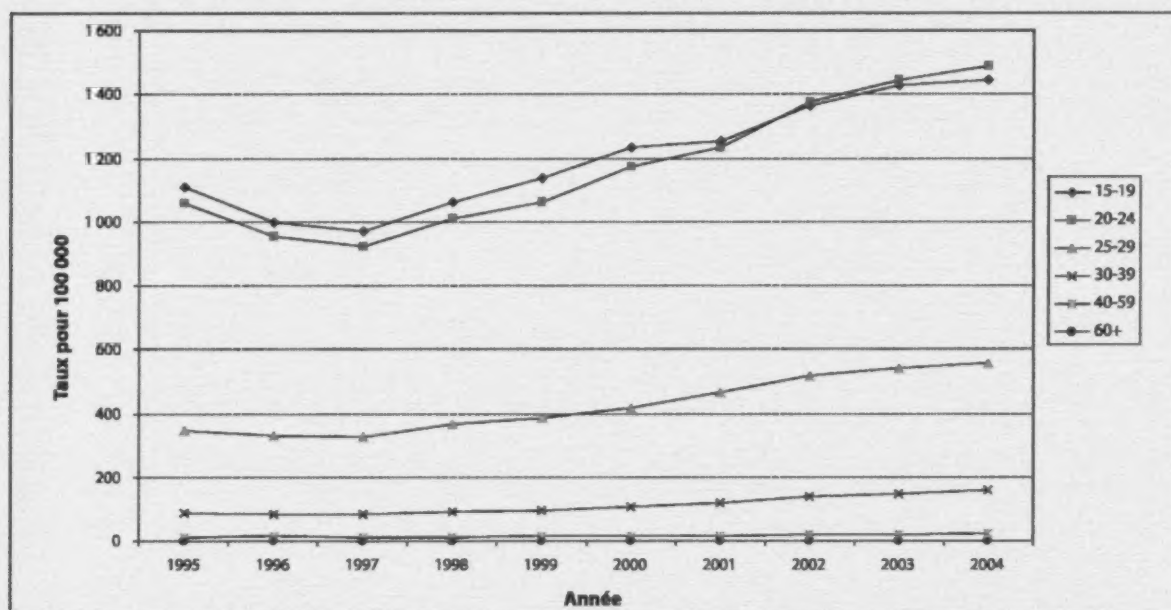
- Le changement le plus important des taux en pourcentage depuis 1997 est survenu chez les 30 à 39 ans (de 2 103 à 3 684 cas), avec une hausse de 95 %.
- Plus récemment, soit entre 2002 et 2004, le pourcentage le plus élevé d'augmentation des taux a été enregistré chez les femmes de 60 ans et plus et de 40 à 59 ans (67 % et 19 %, respectivement).

Tableau 3 :
Taux déclarés¹ de chlamydie génitale chez les femmes : % de hausse, 1997-2004²

Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	971,3	1 443,6	49
20-24	924,1	1 489,4	61
25-29	325,8	557,6	71
30-39	81,9	160,1	95
40-59	13,2	21,9	67
60+	1,2	1,4	12
Total	167,8	263,2	57

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Figure 4 : Taux déclarés¹ de chlamydie génitale chez les femmes, par groupe d'âge, 1995-2004²

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Répartition géographique

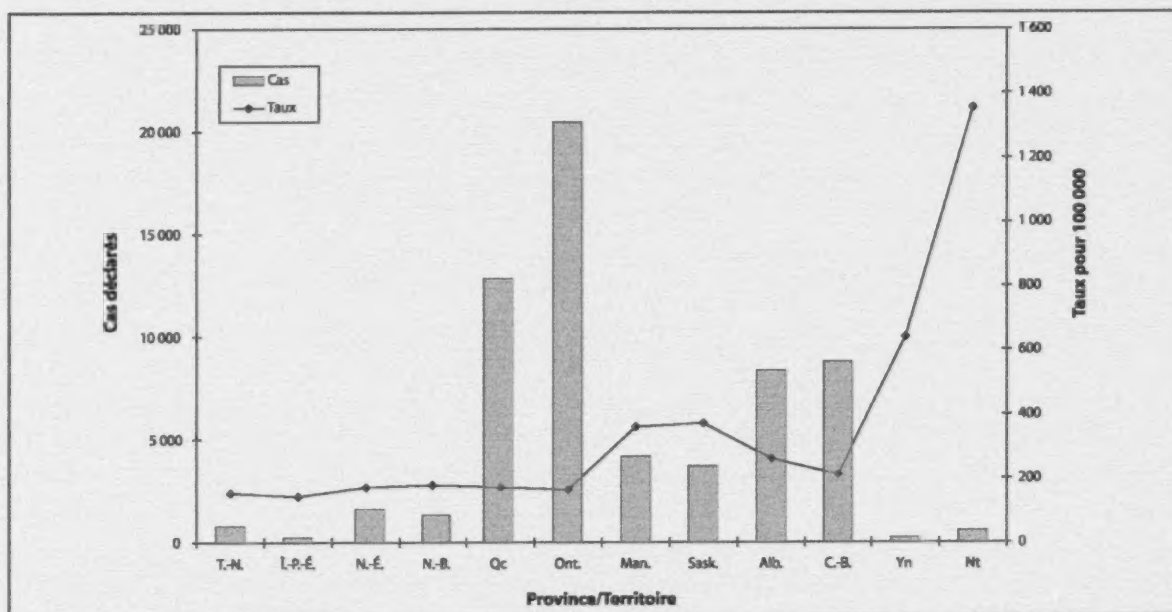
- Comme pour la gonorrhée, les taux de chlamydie étaient plus élevés dans les régions nordiques en 2004 (figure 5). Les Territoires du Nord-Ouest connaissaient le taux le plus élevé (1 353,5 pour 100 000, ou 580 cas), suivis de loin par le Yukon (638,5 pour 100 000, ou 197 cas).
 - Le Nunavut déclare habituellement un taux élevé de chlamydie, mais les données ne sont pas disponibles pour 2004.
 - La Saskatchewan, suivie du Manitoba, connaissait le taux le plus élevé de toutes les provinces, faisant encore une fois écho aux tendances observées en ce qui concerne la gonorrhée.
- Les taux observés dans la plupart des provinces et territoires reflètent la tendance nationale dans le temps, soit une hausse considérable des cas déclarés à partir de 1997 jusqu'à aujourd'hui.
 - Tout en demeurant sous la moyenne nationale, les taux déclarés à Terre-Neuve ont augmenté

de façon substantielle entre 1997 et 2004 (150 %).

- Au cours de la même période, les taux ont doublé en Colombie-Britannique et au Québec.
- Les provinces et territoires moins peuplés (Île-du-Prince-Édouard, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) affichent davantage de variations dans le temps.
 - Les données sur de petits nombres de cas sont plus sujettes aux fluctuations.

Répartition selon la région et le sexe

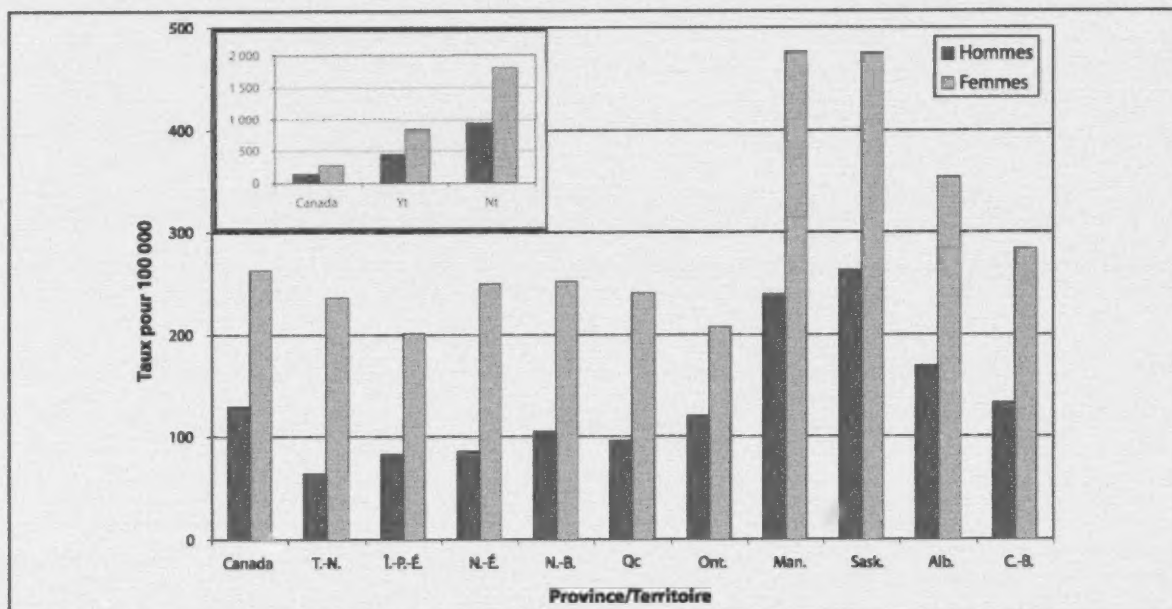
- La répartition des cas de chlamydie selon le sexe est assez uniforme dans l'ensemble du Canada. Les provinces et les territoires comptent tous davantage de cas déclarés parmi les femmes, une tendance qui se reflète dans le portrait national (figure 6).
 - En 2004, le ratio homme:femme à l'échelle nationale était de 1:2. À titre comparatif, Terre-Neuve comptait la proportion la plus élevée de cas de sexe féminin (1:3,8), tandis

Figure 5 : Cas et taux déclarés¹ de chlamydie génitale par province/territoire², 2004³

Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

Les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir.

Figure 6 : Taux déclarés¹ de chlamydie génitale, par sexe et par province/territoire², 2004³

Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

Les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir.

que l'Ontario affichait la proportion la plus faible (1:1,8).

- La proportion de cas parmi les hommes a augmenté dans toutes les provinces et tous les territoires à l'exception de l'Î.-P.-É. entre 1997 et 2004.
- Les changements les plus importants sont survenus au Yukon, au Manitoba et en Ontario.

Analyse

Depuis 1997, les taux de chlamydie continuent d'augmenter de façon constante, atteignant chaque année des sommets inégalés. Les personnes de moins de 30 ans, en particulier les jeunes femmes, continuent d'être touchées de façon disproportionnée par la chlamydie.

Le fait que les systèmes de surveillance systématique et accrue sous-estiment très certainement la prévalence réelle de la chlamydie dans la population canadienne est particulièrement inquiétant. La majorité des personnes infectées sont asymptomatiques (50 % des hommes et 70 % des femmes), et il est donc peu probable qu'elles se présentent pour un dépistage et un traitement⁽³⁵⁾. La proportion plus élevée de cas chez les femmes peut en partie s'expliquer par le fait que les femmes font plus souvent l'objet d'un dépistage de la chlamydia lorsqu'elles se présentent pour des soins médicaux de routine (p. ex., contraception, test de Pap, visites prénatales). Tandis que bon nombre de chlamydioses non traitées vont se résoudre sans intervention médicale, les personnes qui ignorent être infectées peuvent continuer de transmettre la bactérie pendant de nombreux mois et peuvent subir des conséquences graves pour leur santé, la stérilité par exemple.

Un changement des méthodes diagnostiques en laboratoire pourrait être en partie à l'origine de la hausse des cas déclarés de chlamydie. Le TAAN (test d'amplification des acides nucléiques), qui a fait son entrée au Canada à la fin des années 1990, comporte deux avantages importants par rapport à d'autres méthodes : il est plus sensible et les échantillons sont recueillis par un moyen non

effractif. La collecte d'un échantillon d'urine est plus acceptable pour les hommes que le prélèvement urétral, ce qui élimine un obstacle potentiel au dépistage et peut expliquer le changement observé dans le ratio homme: femme.

L'introduction du TAAN pourrait expliquer en partie la hausse initiale des cas déclarés, mais cela n'est probablement pas le seul facteur contributif, ni le plus important. On pourrait s'attendre à ce que la hausse initiale des cas soit suivie d'une baisse de la transmission de la chlamydia à la suite d'une amélioration de la détection et du traitement, ce qui aurait ensuite pour effet de réduire le nombre de cas déclarés. Étant donné que cette baisse des taux de chlamydie n'a pas été observée et que, de plus, les taux de gonorrhée et de syphilis infectieuse ont augmenté depuis 1997, il y a probablement eu une hausse réelle de l'incidence attribuable à des facteurs autres que le nouveau test. Ces autres facteurs pourraient être, par exemple, une hausse des comportements à risque, une lassitude par rapport aux pratiques sexuelles sûres et une méconnaissance chez les jeunes des mécanismes de transmission des ITS et du VIH.

Quoique les données issues de la surveillance systématique à l'échelle nationale soient utiles pour analyser les tendances au sein de la population, elles sont limitées quand vient le temps d'avoir un aperçu des facteurs de risque et des comportements à risque dans diverses sous-populations selon l'âge, le sexe et la région, aperçu qui permettrait de mieux cibler les efforts de prévention. Un certain nombre d'études nationales et internationales ont jeté un peu de lumière sur les facteurs qui pourraient contribuer aux tendances concernant la chlamydie. Une enquête menée par l'Association canadienne pour la santé des adolescents a révélé que près de un adolescent âgé de 14 à 17 ans sur trois se dit sexuellement actif, et que un quart d'entre eux n'avaient utilisé aucune forme de protection contre les ITS la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles⁽³⁵⁾. Au R.-U., la diminution des taux d'infection observée chez les femmes de plus de 25 ans a été attribuée à une baisse des comportements à risque et à une susceptibilité réduite à l'infection⁽³⁶⁾. Le changement moins fréquent de partenaires, lequel s'observe davantage chez les

personnes de plus de 30 ans, est un exemple de réduction du risque⁽³⁷⁾. On a aussi posé l'hypothèse que la hausse générale de la chlamydie, non associée à un groupe en particulier, pourrait être en partie liée au traitement précoce, qui atténue la réponse immunitaire naturelle, augmentant ainsi la probabilité d'une réinfection⁽³⁸⁾.

En ce qui concerne la chlamydie, il est particulièrement préoccupant que, selon les estimations, 10 % à 40 % des femmes infectées souffriront d'une atteinte inflammatoire pelvienne pouvant compromettre leur capacité de procréer⁽³⁷⁾. Les taux invariablement plus élevés chez les jeunes femmes, combinés à la possibilité de répercussions graves sur leur santé et leur fertilité, donnent à penser que les efforts de prévention et de contrôle sont essentiels auprès de ce groupe. Sur la scène internationale, de plus en plus de pays reconnaissent la hausse mondiale des taux de chlamydie et allouent des fonds à des programmes de prévention afin de contrer cette tendance alarmante. L'Australie en est un bon exemple : après que les cas déclarés de chlamydie eurent triplé

(41 000 cas déclarés en 2005), le gouvernement a alloué 12,5 millions de dollars afin de sensibiliser la population à cette maladie et d'améliorer le système de surveillance nationale⁽³⁹⁾.

On ne saurait exagérer le fardeau de l'infection et les coûts qu'impose à la société canadienne cette maladie à déclaration obligatoire qui est la plus souvent déclarée. Les coûts sociaux et économiques associés à la chlamydie et à ses conséquences sont considérables^(37,40). La tragédie est que ces coûts pourraient largement être évités par l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention et de contrôle efficaces ciblant des populations. Les stratégies qui s'attaquent à des facteurs de risque et à des comportements courants associés aux infections transmises sexuellement et par le sang peuvent avoir un impact encore plus grand. Un programme de dépistage, tel celui adopté au R.-U.⁽⁴¹⁾, combiné à la notification des partenaires, à des efforts de sensibilisation adaptés selon le sexe et la population, à des campagnes de prévention et à la formation continue des médecins, serait fort utile à la lutte contre la chlamydie.

GONORRHÉE

(*Neisseria gonorrhoeae*)

Faits marquants :

- **Le taux déclaré de gonorrhée continue d'augmenter au Canada, avec une hausse de 94 % entre 1997 et 2004.**
- **Ce sont les hommes de 20 à 29 ans qui sont les plus touchés.**
- **La résistance des gonocoques à la ciprofloxacine, auparavant considérée comme un traitement de première ligne efficace, devient un problème dans certaines régions du Canada.**

- La gonorrhée, une infection causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*, est la deuxième ITS le plus souvent déclarée au Canada.
- Les conséquences d'une gonorrhée non traitée sont préoccupantes pour les deux sexes, mais peuvent être particulièrement graves chez les femmes.
 - Les jeunes femmes peuvent souffrir d'une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), laquelle peut causer des douleurs abdominales chroniques, la stérilité et des grossesses ectopiques.
 - Les hommes ayant une infection non traitée risquent de souffrir d'une épididymite et, quoique rarement, de stérilité.
 - Cela est peu fréquent, mais la gonorrhée peut aussi se propager dans la circulation sanguine et les articulations⁽⁴²⁾.
- Les personnes séropositives atteintes de la gonorrhée transmettent plus facilement le VIH⁽⁴³⁾. L'inverse est également vrai, c'est-à-dire que les personnes atteintes de gonorrhée qui sont exposées au VIH risquent davantage de contracter le virus.
- Les baisses substantielles des taux de gonorrhée observées tout au long des années 1980 et au début des années 1990 ont pris fin, et la tendance est à l'inverse (figure 1).

- Le taux national a augmenté de 94 % par rapport à son point le plus bas atteint en 1997, passant à 28,9 pour 100 000 en 2004 (9 233 cas).
- Cette hausse est évidente chez les deux sexes, quoiqu'elle soit plus importante chez les hommes (106 %) que chez les femmes (76 %).

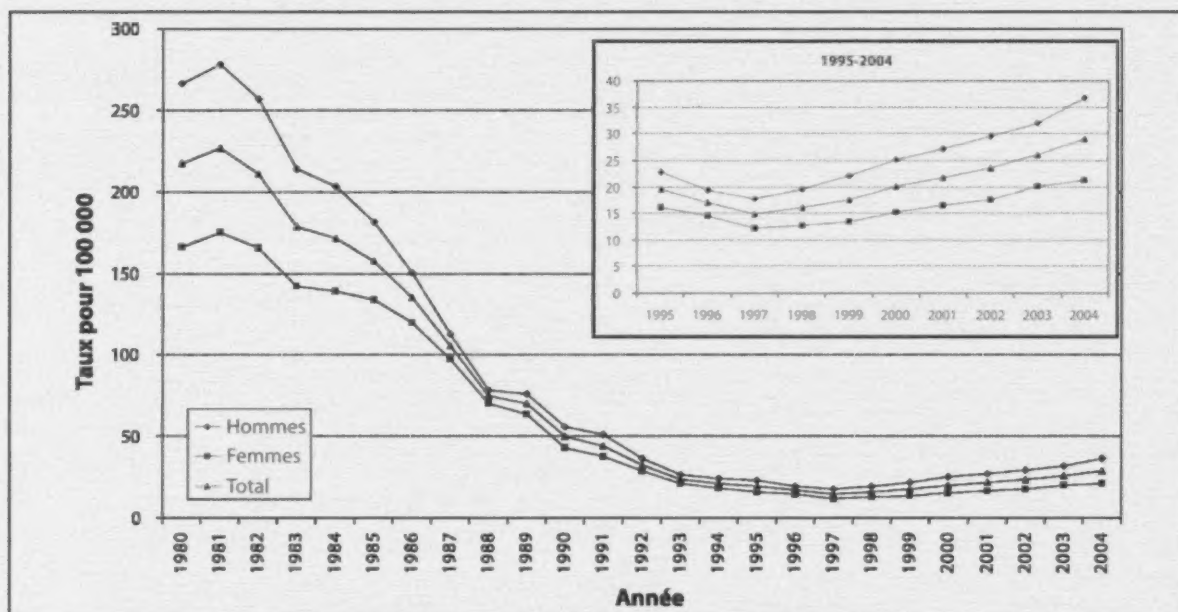
Répartition selon l'âge et le sexe

- La majorité des cas déclarés de gonorrhée à l'échelle nationale sont des hommes. Les données donnent à penser que l'écart entre les sexes s'agrandit.
 - Le ratio homme:femme a changé au cours de la dernière décennie, passant de 1,3:1 en 1997 à 1,7:1 en 2004.
- La répartition selon l'âge varie également entre les sexes (figure 2).
 - En 2004, les jeunes femmes de 15 à 24 ans représentaient environ 70 % des cas déclarés chez les femmes. Cette proportion est demeurée constante au cours des 7 dernières années.
 - Les jeunes adultes (20 à 29 ans) représentent plus de 40 % de tous les cas chez les hommes, mais les hommes âgés de 30 à 39 ans représentent une proportion substantielle des cas déclarés de gonorrhée.

Hommes

- Chez les hommes, les cas de gonorrhée sont répartis dans plusieurs groupes d'âge.
- Les hommes de 20 à 29 ans demeurent le groupe d'âge le plus touché. Une hausse plus marquée chez les 20 à 24 ans entre 2003 et 2004 comparativement aux autres groupes d'âge a été observée (figure 3).
- De 1997 à 2004, le pourcentage le plus élevé d'augmentation du taux a été enregistré chez les

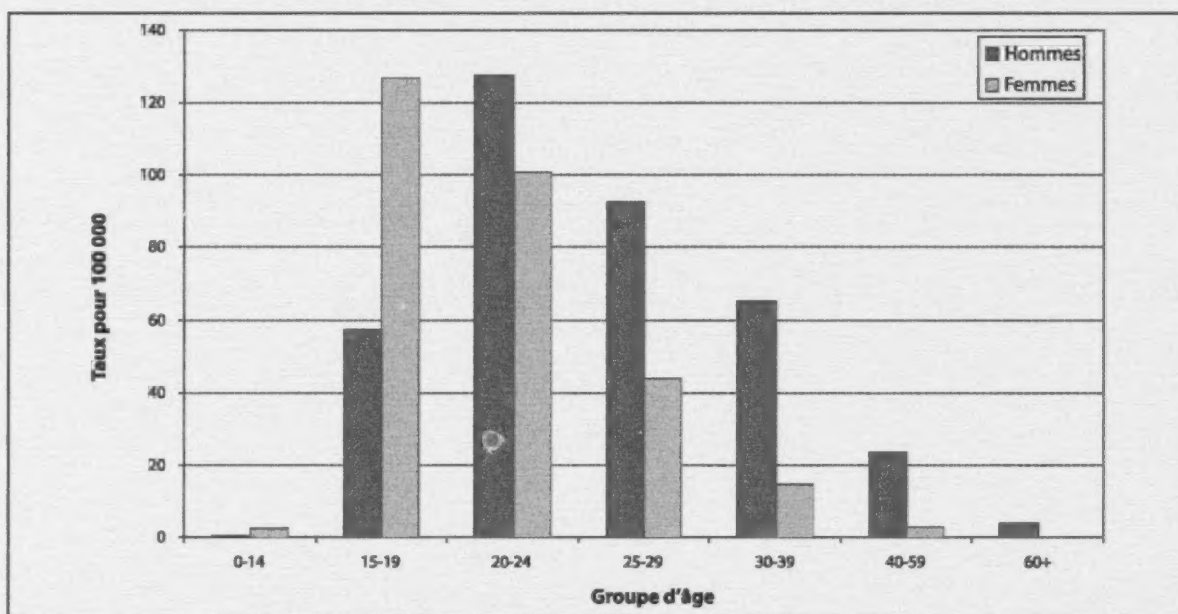
Figure 1 : Taux déclarés¹ de gonorrhée au Canada, 1980-2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

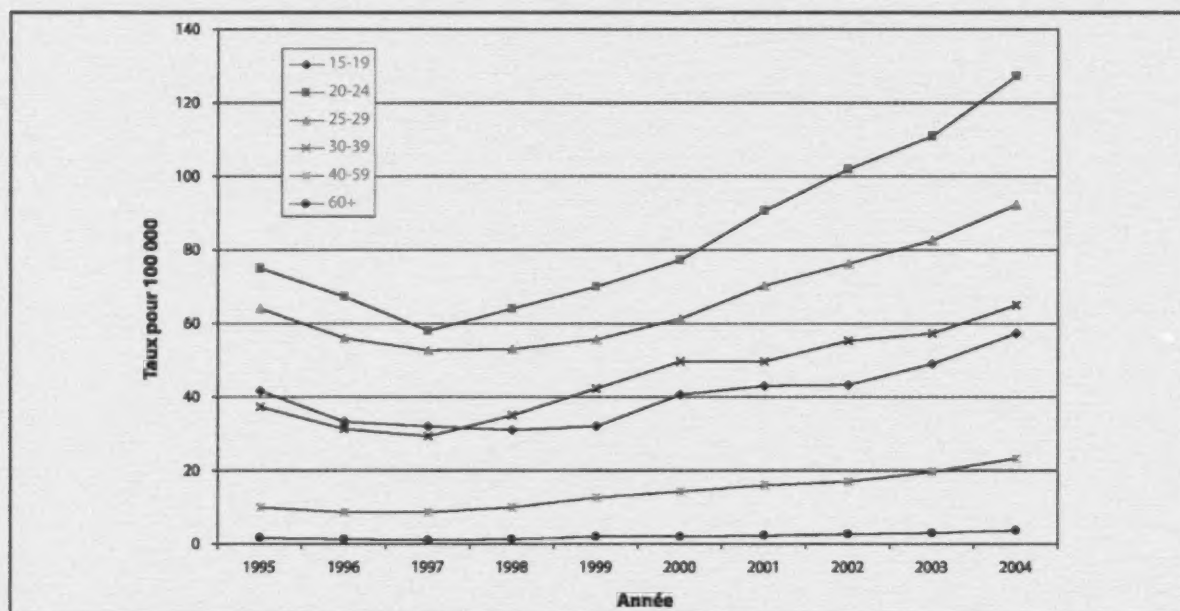
² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Figure 2 : Taux déclarés¹ de gonorrhée, par sexe et par groupe d'âge, 2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Figure 3 : Taux déclarés¹ de gonorrhée chez les hommes, par groupe d'âge, 1995-2004²

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

hommes de 60 ans et plus, suivis de près par le groupe des 40 à 59 ans (tableau 1).

- Le taux global demeure bas comparativement aux autres groupes d'âge, mais cela ne fait que renforcer la crainte que l'infection ne gagne une cohorte plus âgée.

Tableau 1 :
Taux déclarés¹ de gonorrhée chez les hommes :
% de hausse, 1997-2004²

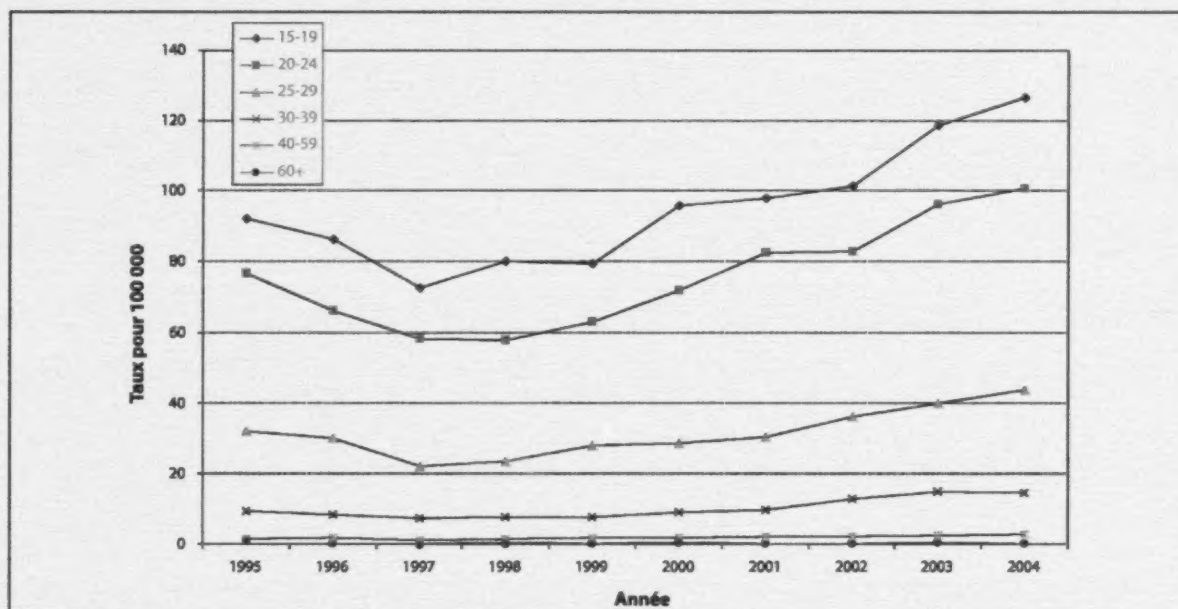
Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	31,9	57,3	80
20-24	58,1	127,5	120
25-29	52,5	92,5	76
30-39	29,3	65,1	122
40-59	8,7	23,3	168
60+	1,1	3,8	253
Total	17,8	36,8	106

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Femmes

- Chez les femmes, contrairement à ce qui est observé du côté des hommes, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on trouve la majorité des cas de gonorrhée (figure 4). En 2004, moins de 15 % des cas ont été enregistrés chez les femmes de plus de 30 ans.
- Les taux déclarés d'infection gonococcique chez les femmes ont augmenté dans tous les groupes d'âge (tableau 2).
- Tandis que le taux global demeure relativement faible, les femmes de 40 à 59 ans connaissent la hausse absolue la plus importante du nombre de cas (42 cas en 1997, passant à 131 cas en 2004).

Figure 4 : Taux déclarés¹ de gonorrhée chez les femmes, par groupe d'âge, 1995-2004²

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Tableau 2 : Taux déclarés¹ de gonorrhée chez les femmes : % de hausse 1997-2004²

Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	72,5	126,7	75
20-24	58,2	100,7	73
25-29	22,1	43,7	97
30-39	7,2	14,5	103
40-59	1,1	2,8	155
60+	0,1	0,2	10
Total	12,0	21,1	76

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

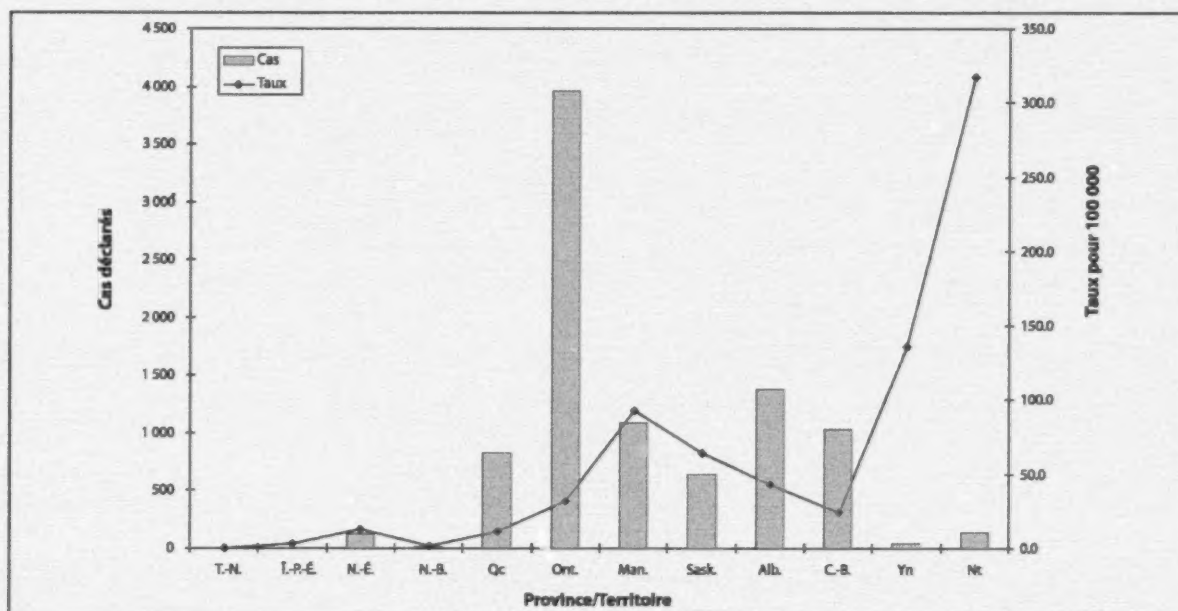
cas), suivis du Yukon (136,1 pour 100 000, ou 42 cas).

- Le Nunavut a précédemment déclaré des taux élevés de gonorrhée, mais les données de ce territoire ne sont pas disponibles pour 2004.
- Parmi les provinces, c'est le Manitoba et la Saskatchewan qui connaissent les taux les plus élevés de gonorrhée.
- Dans les Prairies et en Colombie-Britannique, les taux de gonorrhée augmentent radicalement.
 - Cette hausse s'explique en partie par les éclosions régionales.
- Les provinces de l'Atlantique, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, enregistrent peu de cas de gonorrhée, et n'influent pas de façon importante sur le portrait national.
- Des changements mineurs dignes d'intérêt se sont produits récemment à l'échelle régionale :
 - Le taux global au Québec a diminué légèrement entre 2002 et 2004.

Répartition géographique

- Bien que le nombre de cas soit faible, les taux de gonorrhée sont demeurés beaucoup plus élevés dans les régions nordiques en 2004. Ce sont les Territoires du Nord-Ouest qui ont enregistré le taux le plus élevé (317,4 pour 100 000, ou 136

Figure 5 : Cas et taux déclarés¹ de gonorrhée, par province/territoire², 2004³



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

³ Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir.

- La hausse au Yukon a été des plus considérables, avec 42 cas de gonorrhée en 2004, ce qui signifie que le nombre de cas a presque quadruplé depuis 2002.

Répartition selon la région et le sexe

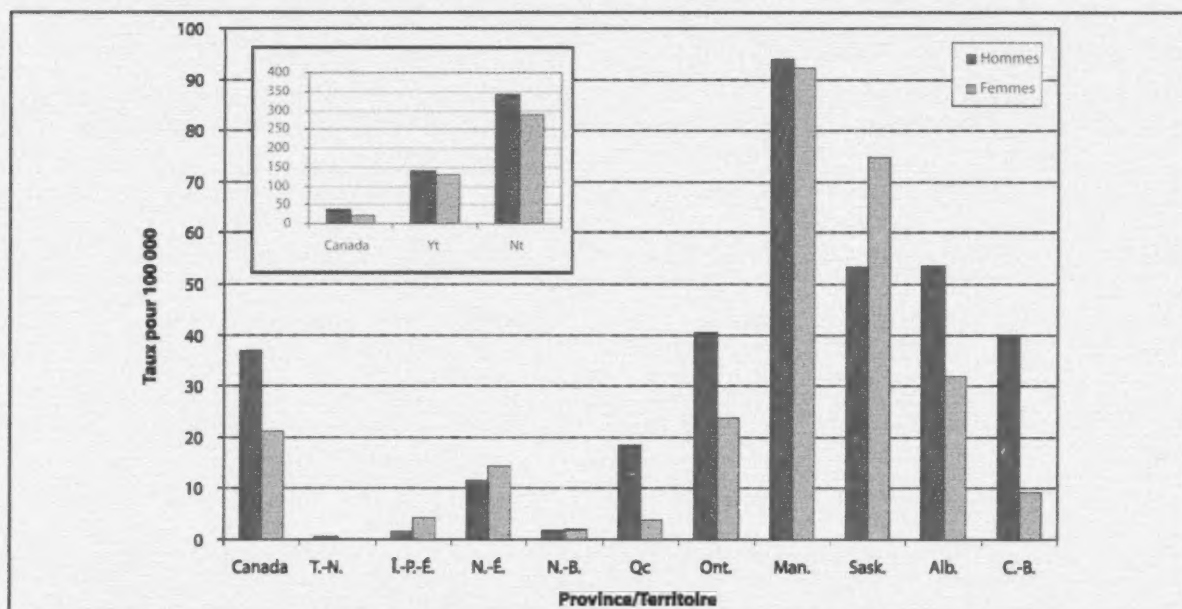
- La répartition nationale selon le sexe, indiquant que les hommes représentent environ les deux tiers de tous les cas de gonorrhée en 2004, masque les variations régionales (figure 6).
- Les provinces les plus peuplées (Alberta, Colombie-Britannique, Québec et Ontario) déclarent davantage de cas chez les hommes, ce qui influe énormément sur le portrait national.
 - C'est au Québec et en Colombie-Britannique que la proportion de cas de sexe masculin est la plus élevée (environ 80 % dans les deux provinces). L'Ontario et l'Alberta se situent plutôt dans la moyenne nationale.
 - Parmi les provinces qui déclarent régulièrement un nombre important de cas, la

Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse déclarent légèrement plus de cas chez les femmes que chez les hommes.

- Au fil du temps, la répartition selon le sexe a subi des changements dans certaines provinces.
 - Au cours des dernières années, la balance a penché vers les femmes en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, et vers les hommes en Alberta et en Colombie-Britannique.

Résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antimicrobiens

- Certains agents pathogènes ont développé une résistance aux antimicrobiens avec le temps, ce qui rend le traitement des infections difficile, voire impossible.
- La gonorrhée non compliquée peut être traitée par une seule dose d'antibiotiques administrée par voie orale ou par injection. La difficulté survient lorsque des souches résistantes sont traitées au moyen d'antibiotiques auxquels la

Figure 6 : Taux déclarés¹ de gonorrhée, par sexe et par province/territoire², 2004³

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles en 2004.

³ Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir.

bactérie est moins sensible. Lorsque cela se produit, à moins de pouvoir identifier et traiter adéquatement l'organisme résistant, il existe une probabilité accrue de transmission attribuable à l'échec du traitement et de séquelles.

- De plus, selon l'OMS, la résistance des gonocoques est devenue une force motrice dans l'épidémie d'infection à VIH. Des études indiquent que les personnes coinfectées par le VIH et le gonocoque excrètent le virus à un taux beaucoup plus élevé que celles qui sont uniquement atteintes d'une infection à VIH⁽⁴⁴⁾. Aussi, les longues périodes d'infection attribuables à l'échec du traitement accroissent-elles la probabilité de transmission du VIH chez les personnes coinfectées.
- Il est essentiel d'avoir en main des données de surveillance nationale à jour et représentatives afin d'orienter l'élaboration de lignes directrices sur le traitement et d'avoir un impact direct sur la prise en charge des infections et la réduction de la transmission.

- L'émergence de nouvelles souches résistantes à l'échelle mondiale doit aussi être surveillée.

- Les premiers cas de gonorrhée résistante à la ciprofloxacine au Canada ont été causés par des souches provenant de l'étranger^(45,46).
- Au R.-U., une hausse faible mais notable de la résistance à l'azithromycine parmi les isolats analysés a été relevée entre 2003 (0,9 %) et 2004 (1,8 %)⁽⁴⁷⁾.

Méthodologie utilisée dans le cadre de la surveillance canadienne

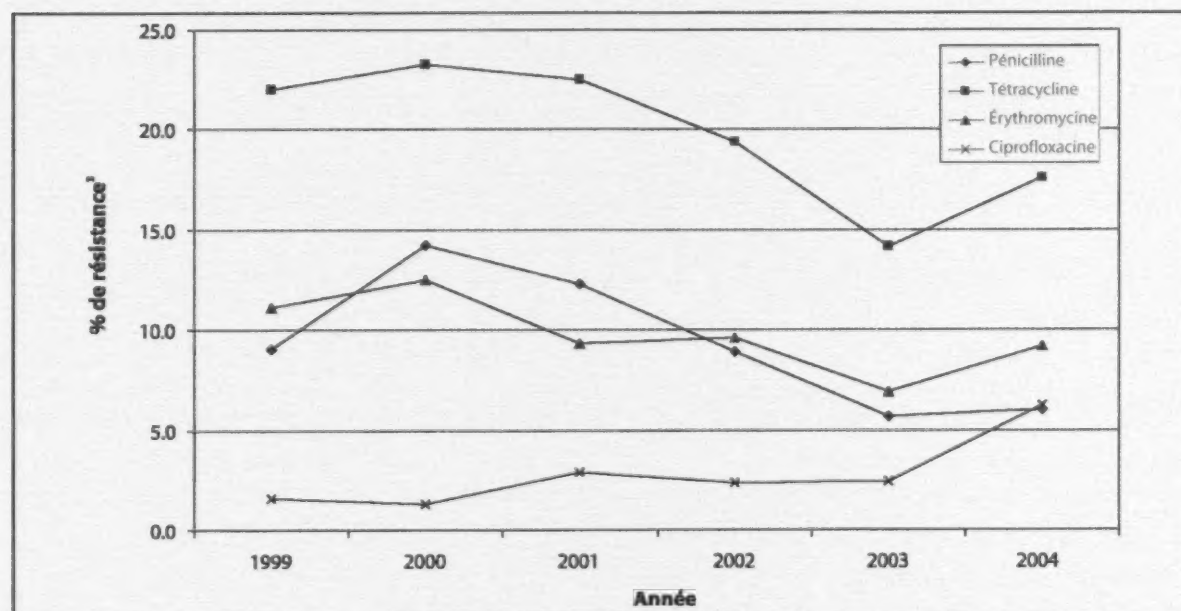
- Au Canada, la surveillance de la résistance des gonocoques s'effectue grâce à une collaboration entre le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et les laboratoires provinciaux et territoriaux.
- Le LNM demande à tous les laboratoires provinciaux et territoriaux de lui faire parvenir les isolats de gonocoques qui présentent une sensibilité moindre à au moins un antibiotique.

- L'envoi des échantillons est volontaire et n'est pas normalisé à l'échelle nationale.
- Au moins une province n'expédie pas systématiquement toutes les souches résistantes pour analyse, mais elle envoie certaines souches pour une confirmation des résultats.
- En plus des tests de confirmation des concentrations minimales inhibitrices, le LNM complète les résultats obtenus par les laboratoires provinciaux et territoriaux en offrant des services de profilage de plasmides, d'auxotypage, de confirmation par PCR (amplification par la polymérase), de génotypage et d'électrophorèse en champ pulsé.
- Le LNM évalue la résistance des gonocoques aux antibiotiques suivants : pénicilline, tétracycline, spectinomycine, érythromycine, azithromycine, ciprofloxacine, céfixime et ceftriaxone⁽⁴⁸⁾.
 - Les isolats peuvent être résistants à plus d'un antibiotique (p. ex., pénicilline et tétracycline).
- La résistance des gonocoques à la pénicilline, à l'érythromycine et à la tétracycline est établie

depuis longtemps. Aucun de ces antibiotiques n'est recommandé pour le traitement.

- La résistance à la ciprofloxacine (un fluoroquinolone), observée pour la première fois au début des années 1990, continue d'augmenter.
- En 2004, 6,2 % des souches mises en culture étaient résistantes à la ciprofloxacine, une hausse par rapport aux 2,1 % de 2003 (figure 7).
 - Le taux de résistance varie de 0 % à 17 % selon les régions, ce qui signifie que les différentes régions canadiennes ne sont pas touchées de la même manière par ce phénomène, qui a des répercussions importantes sur le traitement.
 - L'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique dépassent toutes le seuil des 3 %.
- Étant donné que la résistance à la ciprofloxacine a augmenté de façon aussi spectaculaire entre 2003 et 2004, les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006* émettent des réserves sur l'usage de cet antibiotique en guise de traitement de première ligne⁽³³⁾.

Figure 7 : Sensibilité de *N. gonorrhoeae* aux antimicrobiens, souches¹ analysées au Canada, 1999-2004²



1 Il n'existe pas de souches résistantes à la céfixime ou à la ceftriaxone. En 1999, un échantillon était résistant à la spectinomycine.

2 Le LNM n'a reçu aucune donnée relative aux souches de la part de la Nouvelle-Écosse en 2004.

3 Le nombre d'échantillons analysés constitue le dénominateur à partir duquel les pourcentages sont calculés.

- On demande aux praticiens de communiquer avec les autorités de santé publique locales pour vérifier l'épidémiologie de la résistance aux quinolones dans leur région. Par exemple, en Alberta, en 2004, tous les cas de résistance à la ciprofloxacine ont été observés chez des HRSH ou ont été liés à des voyages à l'extérieur de la province. La ciprofloxacine demeure donc un traitement recommandé en Alberta, sauf dans ces deux cas⁽³³⁾.

Limites

- Tandis que l'introduction du TAAN a amélioré le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydiose (moins effractif et transport plus facile des échantillons), l'évaluation phénotypique de la résistance aux antimicrobiens ne peut être effectuée que sur des cultures.
 - Le pourcentage de souches analysées diminue de façon constante depuis l'introduction du TAAN vers 1997.
- Pour la première fois en 2004, le LNM a procédé à des analyses pour moins de la moitié des cas déclarés de gonorrhée en vue d'établir la résistance des gonocoques (tableau 3).
 - La réduction de ces analyses laisse entendre que les chiffres actuels ne sont pas nécessairement représentatifs des taux réels de résistance.
- Étant donné que la participation à la surveillance est volontaire et que l'envoi des échantillons n'est pas normalisé dans l'ensemble du pays, les taux déclarés actuellement ne reflètent peut-être pas fidèlement le portrait national⁽³³⁾.

Tableau 3 : Isolats de *Neisseria gonorrhoeae* dont la résistance aux antimicrobiens a été évaluée au Canada, 1999-2004

Année	Cas déclarés	Échantillons analysés par le LNM	%
1999	5 381	4 025	75
2000	6 189	4 458	72
2001	6 756	4 501	67
2002	7 365	4 465	61
2003	8 242	4 235	51
2004*	9 234	4 018	44

*Nota : Le LNM n'a reçu aucune donnée relative aux souches de la part de la Nouvelle-Écosse

Source : Agence de santé publique du Canada, Laboratoire national de microbiologie, 2005.

Analyse

En 1997, des objectifs canadiens ont été établis en ce qui concerne les ITS, afin d'éliminer les infections gonococciques transmises localement ou de maintenir un taux d'incidence de moins de 5 pour 100 000⁽³¹⁾. Le taux national actuel étant près de six fois supérieur à l'objectif fixé, il nous faut cibler et renouveler les stratégies de prévention et de contrôle.

Les données de surveillance nationale, quoique limitées, font ressortir les populations qui sont davantage touchées par la gonorrhée. Chez les hommes, la majorité des cas continuent d'être enregistrés chez les 20 à 29 ans, mais un déplacement vers un groupe plus âgé est survenu en 1998, lorsque le taux chez les 30 à 39 ans a surpassé celui enregistré chez les 15 à 19 ans⁽⁴⁰⁾. Le changement du ratio homme:femme peut indiquer une hausse de la transmission entre les hommes⁽⁵⁰⁾. Cela est toutefois difficile à vérifier, car les données sur l'orientation sexuelle ne sont pas communiquées systématiquement dans le cadre de la surveillance nationale. Ces deux facteurs font écho aux tendances observées relativement à la recrudescence des cas de syphilis.

Bien que les hommes représentent environ les deux tiers des cas de gonorrhée au pays, une sous-population de femmes demeure touchée de façon disproportionnée, soit les jeunes femmes de 15 à 24 ans, qui forment la vaste majorité des cas de sexe féminin. Les femmes atteintes de gonorrhée sont plus souvent asymptomatiques et ignorantes de leur état, elles pourraient donc ne pas consulter un médecin. Aussi, les cas déclarés sont-ils probablement sous-estimés par rapport au nombre réel de cas dans cette population. Voilà un facteur qui devrait être pris en compte lorsqu'on élabore des programmes de prévention ciblés, qui tiennent compte des différences entre les sexes.

L'introduction du TAAN a permis de remplacer l'habituel écouvillonnage effractif dans l'urètre ou au niveau du col de l'utérus par des échantillons d'urine. Ce changement a peut-être incité plus d'hommes à accepter le dépistage. Toutefois, si le TAAN était l'unique responsable des hausses enregistrées, on s'attendrait à ce que le taux se stabilise, car la transmission serait par la suite réduite en raison de l'amélioration de la détection et du traitement. L'absence d'un tel plateau, combiné aux courbes qu'affichent d'autres ITS à déclaration obligatoire au Canada, indique que d'autres facteurs sont en cause. L'augmentation des comportements sexuels à risque, le manque de connaissance sur la transmission des ITS et du VIH, en particulier chez les jeunes, et une attitude plus laxiste quant aux pratiques sexuelles sûres sont sans doute des facteurs contributifs sur lesquels il faudrait se pencher plus à fond pour mieux cibler les efforts de prévention.

Les éclosions régionales sont en partie responsables de la hausse nationale. Le nombre de cas au Yukon a atteint un sommet en 2004, entraînant la mise en œuvre d'une campagne de santé publique, au cours de laquelle on a fourni de l'information et on a distribué des condoms afin de réduire la transmission de la gonorrhée⁽⁵¹⁾. Des enquêtes sur les éclosions en Alberta et au Manitoba ont permis de relever des variations géographiques dans l'épidémie de gonorrhée. Les taux d'infection les plus élevés ont été observés dans le noyau urbain et dans les régions nordiques et éloignées. Les préoccupations courantes

en milieu urbain étaient un faible statut socio-économique, un taux élevé de chômage, la consommation de drogues et d'alcool et l'accès restreint aux soins de santé^(52,53). Des problèmes particuliers aux populations autochtones, comme la question de la gouvernance et les structures culturelles uniques, de même qu'un accès inégal aux services de santé publique, la pauvreté et l'alcoolisme, ont été reconnus comme des difficultés dans les régions nordiques et éloignées au Manitoba⁽⁵²⁾. Ces facteurs reflètent sans doute la situation dans les autres régions éloignées au Canada. Il semble que dans bien des cas, un réseau de personnes qui connaissent un taux élevé d'ITS et qui changent fréquemment de partenaires contribue au taux d'incidence^(33,54).

Parmi les mesures pour lutter contre la propagation de la gonorrhée résistante aux antimicrobiens, on compte le diagnostic rapide et exact, l'usage judicieux et adéquat des traitements recommandés existants ainsi que le recours à des méthodes permettant d'améliorer l'observance du traitement par le patient et à des stratégies innovatrices de notification des partenaires. La surveillance continue et opportune de la résistance aux antimicrobiens est essentielle si l'on veut être au fait de la résistance des souches de *N. gonorrhoeae* afin de formuler des recommandations de traitements efficaces destinées aux professionnels de la santé. L'établissement de liens entre les données de laboratoire et les données épidémiologiques permet d'obtenir un portrait plus complet et plus représentatif de la nature de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Canada, laquelle nous serait autrement cachée. Cela peut-être utile non seulement pour élaborer les lignes directrices de traitement, mais également pour identifier les sous-populations davantage à risque d'infection par des souches résistantes aux antimicrobiens et pour déterminer si les cas sont infectés localement ou à l'étranger. Cette information est importante tant pour les cliniciens que pour les praticiens en santé publique.

SYPHILIS INFECTIEUSE

(*Treponema pallidum*)

Faits marquants :

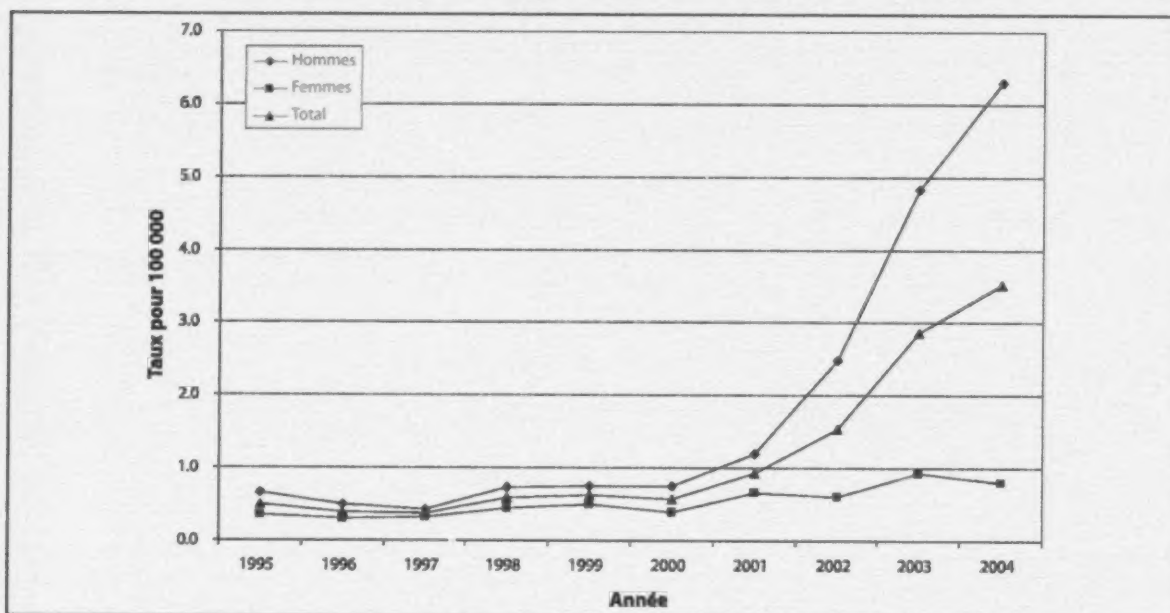
- **Le taux déclaré de syphilis infectieuse s'est multiplié par neuf entre 1997 et 2004 (étant passé de 0,4 à 3,5 pour 100 000).**
- **Les hommes de plus de 30 ans constituent la majorité des cas.**
- **La disponibilité d'un traitement optimal continue d'être un problème dans le cadre de la lutte contre la syphilis infectieuse au Canada.**

- Au Canada, la syphilis « infectieuse » comprend les phases primaire, secondaire et latente précoce (< 1 an)⁽³³⁾.
- La syphilis primaire est caractérisée par un ou plusieurs ulcères (chancres) non douloureux, qui apparaissent au point d'inoculation et passent souvent inaperçus. Ces lésions peuvent être présentes environ un mois après l'exposition à la syphilis et disparaissent sans traitement.
- La syphilis secondaire survient environ 1 ou 2 mois après la disparition des lésions primaires. Elle peut être caractérisée par divers symptômes, notamment : éruption cutanée, fièvre, malaise, mal de tête, adénopathie, lésions des muqueuses, condylomes plats (lésions semblables à des verrues) et alopecie.
 - Les symptômes de la syphilis secondaire, lorsqu'ils surviennent, disparaissent habituellement au bout de quelques semaines, mais ils peuvent réapparaître pendant une période pouvant aller jusqu'à 1 an.
- La syphilis latente précoce est considérée comme infectieuse pendant une période pouvant aller jusqu'à 1 an en raison du risque de rechute à la phase secondaire.
- La syphilis infectieuse peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement, causant la mort fœtale ou la syphilis congénitale.
- La syphilis non traitée entre dans une phase latente tardive et n'entraîne parfois aucune complication. Elle peut toutefois entraîner des complications graves associées à la syphilis tertiaire, y compris des lésions du système nerveux central, de l'appareil cardiovasculaire, de l'œil, de la peau et d'autres organes internes^(42,55).
 - La syphilis non traitée peut être mortelle.
- Les personnes atteintes de syphilis courent un plus grand risque de contracter et de transmettre l'infection à VIH et d'autres ITS⁽⁵⁶⁾.
- Quoique la syphilis infectieuse demeure l'ITS le moins souvent déclarée au Canada, les taux ont augmenté radicalement depuis le creux qu'ils ont connu en 1997 (figure 1).
 - Le taux global en 2004 a plus que doublé par rapport à celui de 2002, et était neuf fois supérieur à celui de 1997.
- Contrairement à d'autres ITS qui sont davantage déclarées parmi les jeunes, la majeure partie des cas de syphilis appartiennent aux groupes plus âgés.
- Depuis 1997, des éclosions de syphilis ont été signalées dans diverses villes du pays, notamment Vancouver, Calgary, Edmonton, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Montréal; des éclosions ont aussi été signalées au Yukon⁽⁵⁷⁻⁶⁴⁾.

Répartition selon l'âge et le sexe

- Dans le passé, il y a eu plus de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes que chez les femmes. Cette répartition est demeurée en 2004 (figure 2).
- Le ratio homme:femme augmente de façon constante depuis 1997.

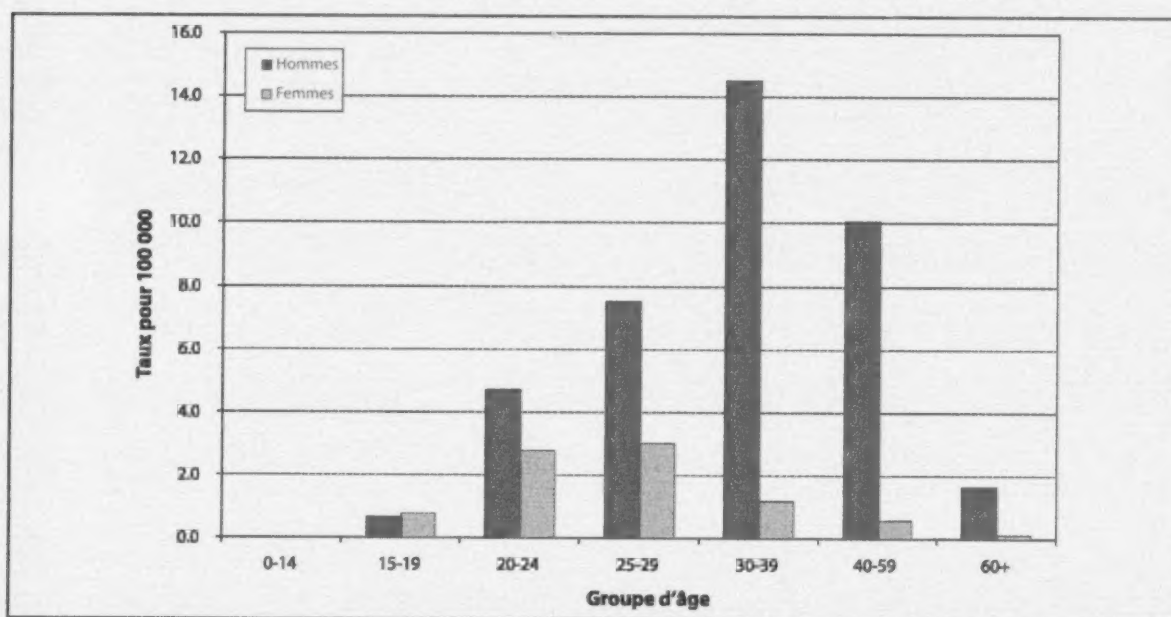
Figure 1 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse au Canada, 1995-2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Figure 2 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse, par sexe et par groupe d'âge, 2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

- En 2004, ce ratio était environ de 8:1, comparativement à 4:1 en 2002 et à 1,3:1 en 1997.
- Les hommes représentaient 88 % des cas en 2004.
- En 2004, les taux déclarés chez les hommes ont plus que doublé comparativement à ceux de 2002, et étaient plus de 13 fois supérieurs à ceux de 1997; chez les femmes, les taux déclarés en 2004 ont augmenté de 33 % par rapport à 2002 et ont plus que doublé par rapport à 1997.
- Dans l'ensemble, la répartition selon l'âge s'est déplacée vers les groupes plus âgés.
 - Au milieu des années 1990, les taux déclarés les plus élevés sont passés de la catégorie des moins de 30 ans à celle des plus de 30 ans⁽⁶⁰⁾.

Hommes

- En 2004, 86 % des cas de sexe masculin étaient âgés de 30 ans ou plus.
- Les taux les plus élevés chez les hommes en 2004 ont été recensés chez les 30 à 59 ans (figure 3).

- Les taux ont augmenté dans tous les groupes d'âge entre 1997 et 2004 (tableau 1).
- Depuis 1997, les taux chez les hommes de 30 à 59 ans se sont presque multipliés par 14.

Tableau 1 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse chez les hommes : % de hausse, 1997-2004²

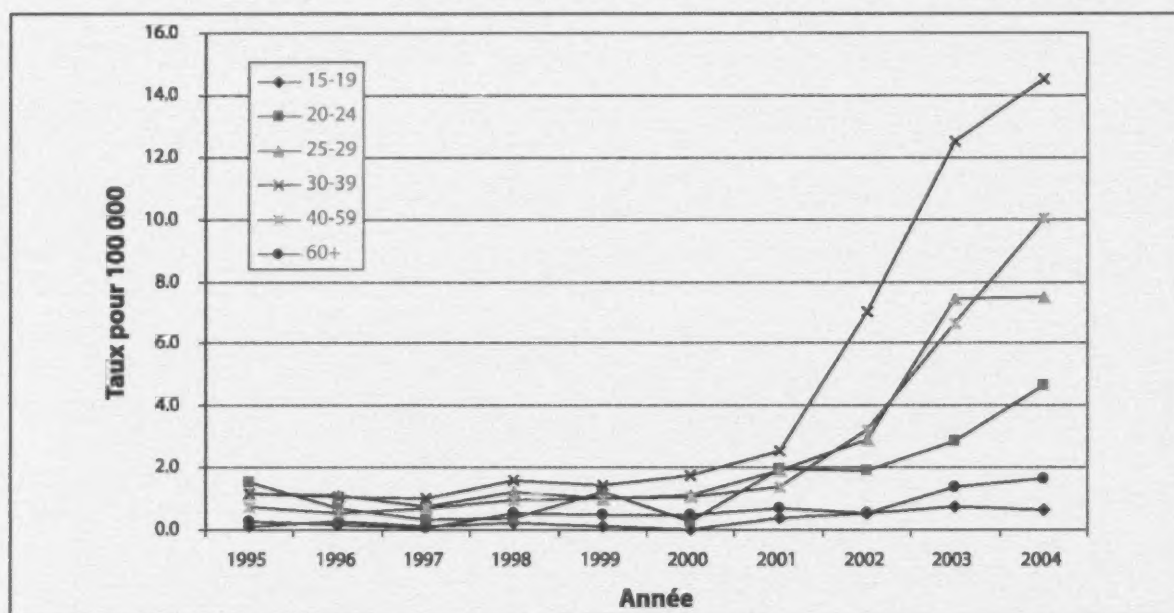
Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	0,1	0,6	570
20-24	0,3	4,7	1 503
25-29	0,7	7,5	918
30-39	1,0	14,5	1 356
40-59	0,7	10,0	1 394
60+	0,0	1,6	3 404
Total	0,4	6,3	1 339

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

- La répartition selon l'âge des cas chez les hommes s'est déplacée vers les groupes plus âgés.
 - Avant 1995, les taux les plus élevés étaient observés chez les 20 à 24 ans.

Figure 3 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse chez les hommes, par groupe d'âge, 1995-2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

- Depuis 1995, ce sont les 30 à 39 ans qui connaissent les taux les plus élevés.
- Entre 2002 et 2004, on a enregistré une hausse plus élevée chez les 40 à 59 ans que chez les 30 à 39 ans (209 % vs 107 %).

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)

- À l'échelle internationale, les taux d'TTS ont augmenté chez les HRSH, et une prévalence croissante des activités sexuelles à risque élevé a été observée dans cette population^(66,67).
- Des éclosions récentes de syphilis infectieuses parmi les HRSH ont fait l'objet d'enquêtes à Vancouver, à Calgary, à Ottawa, à Toronto et à Montréal^(57,61,62,64).
- Entre 1994 et 2001, le nombre de cas de syphilis infectieuse au Canada chez les HRSH s'est multiplié par huit⁽⁶⁷⁾.
- En l'absence d'information sur le sexe des partenaires, le ratio homme:femme peut être utilisé comme mesure de substitution pour

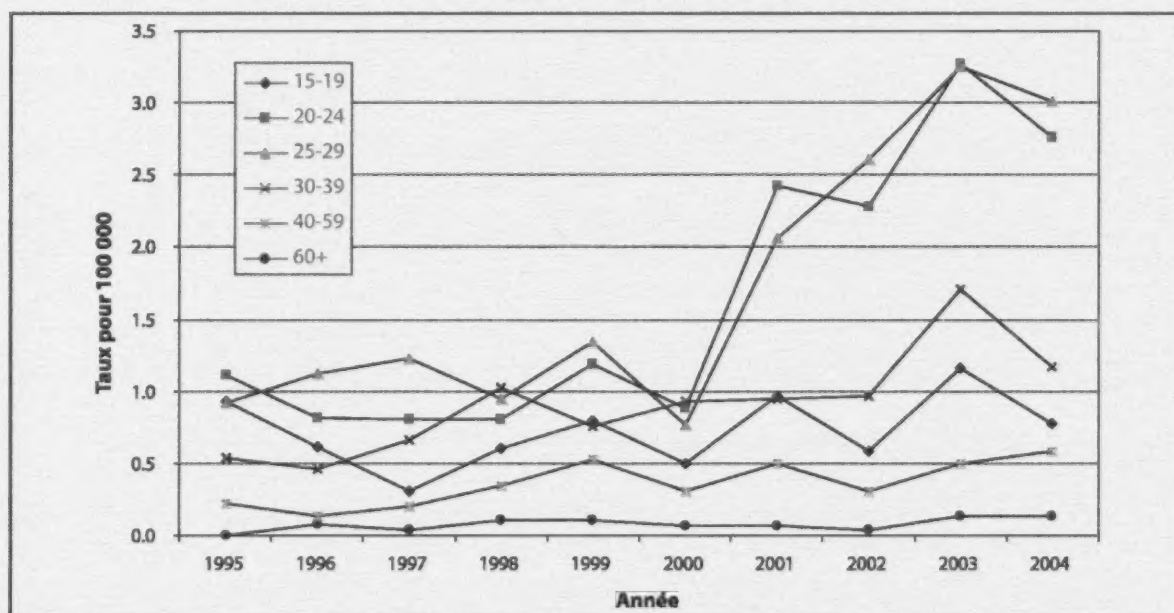
surveiller la fréquence de la syphilis chez les HRSH⁽⁶⁸⁾.

- En 2004, le ratio homme:femme global était d'environ 8:1, une hausse comparativement au ratio de 4:1 en 2002 et de 1,3:1 en 1997. On peut donc supposer que la transmission entre hommes a augmenté au cours de cette période.

Femmes

- Les cas de sexe féminin sont distribués plus uniformément entre les groupes d'âge que les cas de sexe masculin.
- La répartition selon l'âge des cas de sexe féminin est demeurée relativement stable depuis 1997.
- En 2004, 48 % des cas chez les femmes étaient âgés de 20 à 29 ans (figure 4).
- En 2004, les taux déclarés les plus élevés ont été recensés chez les 20 à 29 ans (tableau 2).
- Ces taux étaient plus que deux fois supérieurs à ceux de 1997.

Figure 4 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse chez les femmes, par groupe d'âge, 1995-2004²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

- Tandis que les taux chez les femmes de 39 ans et moins ont diminué entre 2003 et 2004, ils ont légèrement augmenté chez celles de 40 à 59 ans (figure 4), ce qui correspond aux hausses relevées chez les hommes de ce même groupe d'âge (figure 3).

Tableau 2 : Taux déclarés¹ de syphilis infectieuse chez les femmes : % de hausse, 1997-2004²

Âge	1997	2004	% de hausse
15-19	0,3	0,8	154
20-24	0,8	2,8	243
25-29	1,2	3,0	146
30-39	0,7	1,2	77
40-59	0,2	0,6	187
60+	0,0	0,1	252
Total	0,3	0,8	142

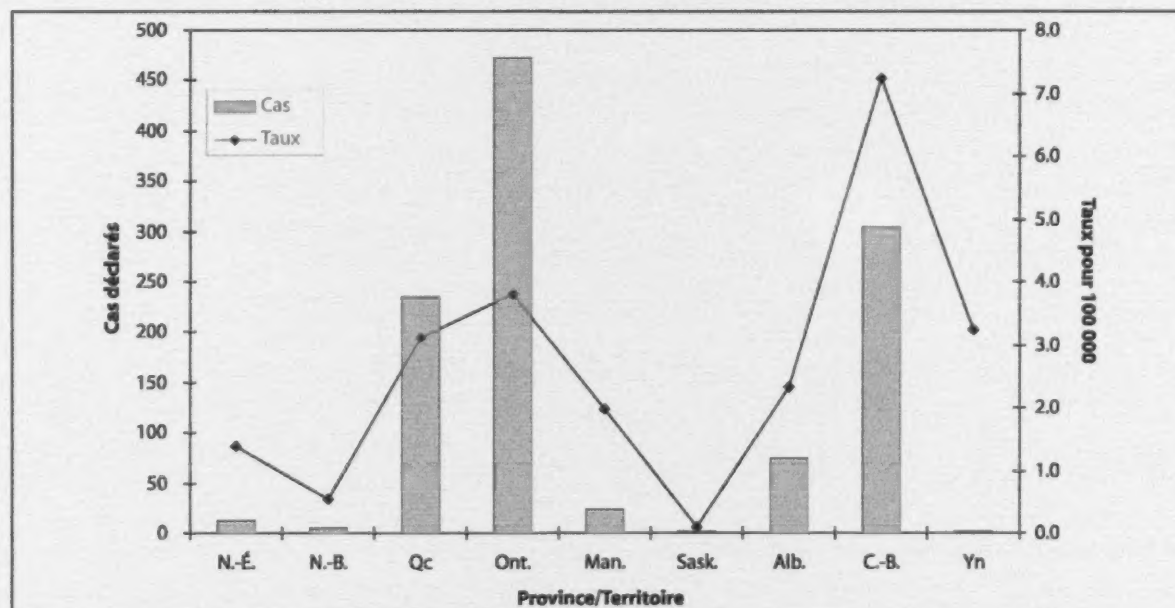
¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Répartition géographique

- C'est la Colombie-Britannique qui a enregistré le taux déclaré de syphilis infectieuse le plus élevé en 2004 (7,2 pour 100 000), suivie de l'Ontario (3,8 pour 100 000).
- En 2004, la majorité des cas ont été enregistrés en Ontario (472 cas), en C.-B. (304 cas) et au Québec (235 cas); ensemble, ces provinces représentaient près de 90 % de tous les cas déclarés au Canada.
- Entre 1997 et 2004, le Québec a connu la hausse la plus importante du taux de syphilis infectieuse, lequel est passé de 0,1 à 3,1 pour 100 000 (augmentation par 30).
- C'est la Nouvelle-Écosse qui a enregistré les hausses de taux les plus fortes de 2002 à 2004, suivie de l'Alberta.
 - Le taux a été multiplié par huit en Alberta, passant de 0,4 à 2,3 pour 100 000 (de 14 à 74 cas).

Figure 5 : Cas et taux déclarés¹ de syphilis infectieuse, par province/territoire², 2004³



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Comprend seulement les provinces et territoires qui ont signalé des cas de syphilis infectieuse en 2004.

³ Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir.

- En Nouvelle-Écosse, le taux est passé de 0,1 à 1,4 pour 100 000 (de 1 à 13 cas).
- Au Yukon, le taux a diminué entre 2002 et 2004, passant de 19,9 à 3,2 pour 100 000 (de 6 à 1 cas).
- En 2004, trois provinces ou territoires (Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard et Territoires du Nord-Ouest) n'ont déclaré aucun cas de syphilis infectieuse (figure 5).
- L'Î.-P.-É. n'a déclaré aucun cas depuis 1994.

Répartition selon la région et le sexe

- C'est en Colombie-Britannique que les taux les plus élevés ont été déclarés en 2004, tant chez l'homme que chez la femme (respectivement 10,9 et 3,7 pour 100 000).
- De 2002 à 2004, les taux de syphilis infectieuse chez l'homme ont augmenté dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Yukon; les taux chez la femme ont augmenté seulement au Québec, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique au cours de la même période.
- Entre 1997 et 2004, c'est au Québec que les taux chez les hommes ont connu la hausse la plus importante (augmentation par 50). C'est aussi le Québec qui a affiché la plus forte hausse parmi les femmes au cours de cette même période, les taux ayant triplé.
- Entre 2002 et 2004, la Nouvelle-Écosse a connu la hausse la plus importante des taux de syphilis chez l'homme (augmentation par 12), tandis que c'est en Alberta que les taux ont le plus augmenté chez la femme (ayant doublé); il faut toutefois interpréter ces données avec prudence, en raison du petit nombre de cas.
- Dans toutes les provinces et tous les territoires ayant déclaré des cas de syphilis infectieuse en 2004, le ratio des taux homme:femme était supérieur à 1, ce qui donne à penser qu'une transmission entre hommes s'est produite⁽⁶⁸⁾.
- En Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, le ratio homme:femme se situait entre 2 et 4.
- En Ontario et au Québec, les ratios homme:femme étaient environ de 33 et de 16, respectivement, ce qui indique un taux de transmission entre hommes beaucoup plus élevé que le taux de transmission hétérosexuelle.

Syphilis congénitale

- La syphilis congénitale survient lorsque la mère transmet l'infection à son fœtus par voie transplacentaire ou pendant l'accouchement si le nouveau-né entre en contact avec des lésions génitales évolutives⁽⁶⁹⁾.
- La syphilis peut entraîner des complications graves pendant la grossesse, comme l'avortement spontané, la mortinaissance ou la mort périnatale; l'enfant né vivant qui a été infecté peut subir des séquelles graves, habituellement dans les 3 premiers mois de sa vie. Certaines manifestations apparaissent toutefois beaucoup plus tard^(55,69).
- Le manque de soins prénatals est le principal facteur en cause lorsque l'on ne parvient pas à prévenir la syphilis congénitale^(69,70).
- Aujourd'hui, la syphilis complique rarement la grossesse dans les pays occidentaux⁽⁶⁹⁾; toutefois, certains pays enregistrent des cas de syphilis congénitale par suite d'une augmentation de l'incidence de la maladie chez les femmes⁽⁷¹⁾.
- Au Canada, les cas de syphilis congénitale sont rares.
 - De 1995 à 2004, le nombre de cas a varié de 0 à 2 par année.

Analyse

Contrairement à la gonorrhée et à la chlamydiose, les deux autres ITS bactériennes à déclaration obligatoire au Canada, les cas de syphilis infectieuse sont en bonne partie déclarés parmi les groupes plus âgés (> 30 ans), et ce, tant chez l'homme que chez la femme. Comme c'est le cas avec la gonorrhée et la chlamydiose, les taux de syphilis infectieuse augmentent de façon constante depuis 1997. Les hommes sont toutefois davantage touchés.

Les données laissent croire que la transmission entre hommes est en progression depuis le milieu des années 1990. Des éclosions de syphilis parmi les HRSH ont été signalées un peu partout au pays, quoique la transmission hétérosexuelle soit également présente, comme le démontrent les taux élevés obtenus parmi les femmes dans certaines provinces ou certains territoires. Des cas de transmission hétérosexuelle liée au commerce du sexe ont aussi été répertoriés.

Il a été suggéré que l'augmentation des comportements sexuels à risque élevé parmi les HRSH pourrait être la cause du taux grandissant de syphilis chez les hommes. Les partenaires anonymes rencontrés par l'entremise d'Internet ou dans les saunas, la consommation accrue de drogues à usage récréatif comme la méthamphétamine et l'ecstasy, de même que le manque de connaissances au sujet de la transmission orale de la syphilis contribuent peut-être à la hausse observée de la transmission⁽⁶⁵⁾. Une étude récente a révélé que les taux de syphilis infectieuse étaient les plus élevés parmi les HRSH séropositifs pour le VIH qui affirmaient également avoir fréquemment des relations anales non protégées, tant actives que passives, en particulier avec des partenaires occasionnels⁽⁶⁶⁾.

En général, les fausses perceptions voulant que les rapports bucco-génitaux et bucco-anaux comportent moins de risques pourraient aussi contribuer à la transmission accrue de la syphilis et des autres ITS⁽⁷²⁾. La lassitude quant aux pratiques sexuelles sûres et à l'usage du condom, ainsi que le peu d'attention accordée aux messages de santé publique classiques concernant la syphilis et les autres ITS sont peut-être

également des facteurs qui contribuent à la montée de la syphilis.

La syphilis primaire, comme la gonorrhée et la chlamydiose, passe parfois inaperçue. En effet, le chancre primaire indolore peut disparaître de lui-même sans que la personne atteinte ne le remarque, ce qui a des répercussions importantes dans le cadre de la lutte contre cette ITS. Ce problème est d'autant plus grand lorsque les lésions ne sont pas facilement visibles, par exemple, dans le cas de lésions anales ou buccales ou de lésions à l'intérieur de la voie génitale. Les personnes atteintes de syphilis courent plus de risques de contracter d'autres infections transmises sexuellement et par le sang, ainsi que de contracter et de transmettre le VIH⁽⁵⁶⁾.

Parmi les nombreuses difficultés liées à la lutte contre la syphilis infectieuse au Canada actuellement, on compte la disponibilité d'un traitement optimal. La pénicilline G benzathinique est le traitement de choix recommandé contre la syphilis. Ce médicament n'est toutefois pas en vente au Canada actuellement, et l'accès à un approvisionnement à l'étranger se fait uniquement par le Programme d'accès spécial de Santé Canada. Des traitements autres que la pénicilline G benzathinique sont offerts, mais leur efficacité est moins documentée ou bien ils posent problème pour ce qui est de l'observance par le patient⁽³³⁾. Une dose unique d'azithromycine par voie orale s'est avérée efficace pour traiter la syphilis infectieuse⁽⁷³⁾; une résistance à ce médicament est toutefois apparue rapidement en Irlande, aux États-Unis et au Canada^(34,74,75).

Les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006 recommandent un schéma de suivi post-traitement pour les cas de syphilis infectieuse⁽³³⁾ afin de s'assurer qu'il y a une réponse au traitement et que les symptômes sont résolus. Il faut retracer toutes les personnes ayant eu des contacts sexuels ou périnataux pendant une période précise, selon le stade de l'infection. L'absence de suivi auprès du patient après le traitement est courante parmi certaines populations de patients, et les contacts non retracés peuvent causer la réinfection du cas⁽⁷⁶⁾ et l'infection d'autres partenaires. Les

obstacles à la notification des partenaires sont particulièrement importants dans le cas des travailleurs et travailleuses du sexe et des HRSH qui ont fréquemment des relations avec des partenaires anonymes, ce qui complique la lutte contre l'infection.

Les efforts de prévention et de contrôle de la syphilis au Canada n'ont réussi que dans une très faible mesure à empêcher les taux d'augmenter. Une combinaison complexe de facteurs de risque est associée à la syphilis infectieuse, en particulier parmi les travailleurs et travailleuses du sexe et les HRSH.

Des approches de promotion, de prévention et d'intervention polyvalentes, innovatrices, adaptées selon la région et tenant compte des différences entre les sexes devront être adoptées pour lutter contre cette infection. En s'attaquant aux facteurs de risque et aux comportements courants associés aux infections transmises sexuellement et par le sang, on ne pourra que rendre plus efficaces ces efforts.

3

ITS VIRALES ET SURVEILLANCE ACCRUE

Afin d'offrir un portrait plus complet de la transmission et de l'acquisition des ITS au Canada, ainsi que du fardeau que représentent ces infections, le présent chapitre traite de certaines infections dont la déclaration n'est pas obligatoire à l'échelle nationale². La coinfection par plusieurs ITS virales ou bactériennes est courante, en particulier dans les groupes à haut risque. Par conséquent, il est important de tenir compte des facteurs de risque et des populations dans lesquelles les cas de coinfections sont courants au moment de mettre au point les interventions de santé publique.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui cause une infection à déclaration obligatoire au Canada, a plusieurs modes de transmission, dont le contact sexuel. Les données détaillées issues de la surveillance nationale sont publiées dans un rapport distinct, mais les tendances relatives à la transmission sexuelle sont présentées dans le présent rapport. Le virus du papillome humain (VPH) et le virus de l'herpès simplex (VHS), quant à eux, causent tous deux des infections dont la prévalence est très élevée dans la population canadienne et sont associés à une morbidité et à des séquelles importantes. Comparativement à celle de l'hépatite B, la transmission sexuelle de l'hépatite C est habituellement inefficace, sauf dans certaines circonstances.

Deux initiatives nationales de surveillance accrue offrent des données importantes sur une ITS relativement nouvelle au Canada et sur une population qui, autrement, échapperait sans doute aux activités de surveillance systématique. Le lymphogranulome

vénérien (LGV) est une ITS bactérienne émergente faisant l'objet d'une surveillance accrue. Bien que le nombre de cas déclarés soit relativement faible, les données issues de la surveillance aident à déterminer l'épidémiologie de l'infection au Canada et à cibler adéquatement les messages de prévention et de promotion. Le programme Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJRC) mesure les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang et les déterminants du risque dans cette population à risque élevé, qui a souvent un accès limité aux services de santé de base et avec laquelle il peut être difficile d'entrer en contact par l'école, par téléphone ou par d'autres moyens de ce genre.

ITS virales

VIH

La présence d'une ITS bactérienne ulcéreuse (p. ex., syphilis ou herpès génital) ou d'une ITS non ulcéreuse (p. ex., chlamydie ou gonorrhée) augmente le risque de contracter et de transmettre le VIH. Par surcroît, l'infection à VIH augmente le risque de contracter et de transmettre une ITS⁽³⁾. Les tendances à la hausse de la prévalence des ITS bactériennes pourraient être des précurseurs des hausses des infections à VIH dans certaines populations, en raison de la synergie qui existe entre ces infections. Par ailleurs, les tendances concernant le VIH, ainsi que ses profils de transmission, sont des aspects importants dont on doit tenir compte au moment d'interpréter les

2 D'un point de vue pratique, les infections ne peuvent pas toutes faire l'objet d'une surveillance nationale. Les activités de surveillance sont très coûteuses, tant pour ce qui est des ressources humaines que de la mise en place des systèmes de surveillance. Diverses études de recherche complètent la surveillance nationale en examinant les ITS dont la déclaration n'est pas obligatoire à l'échelle nationale de même que leurs répercussions sur la santé publique.

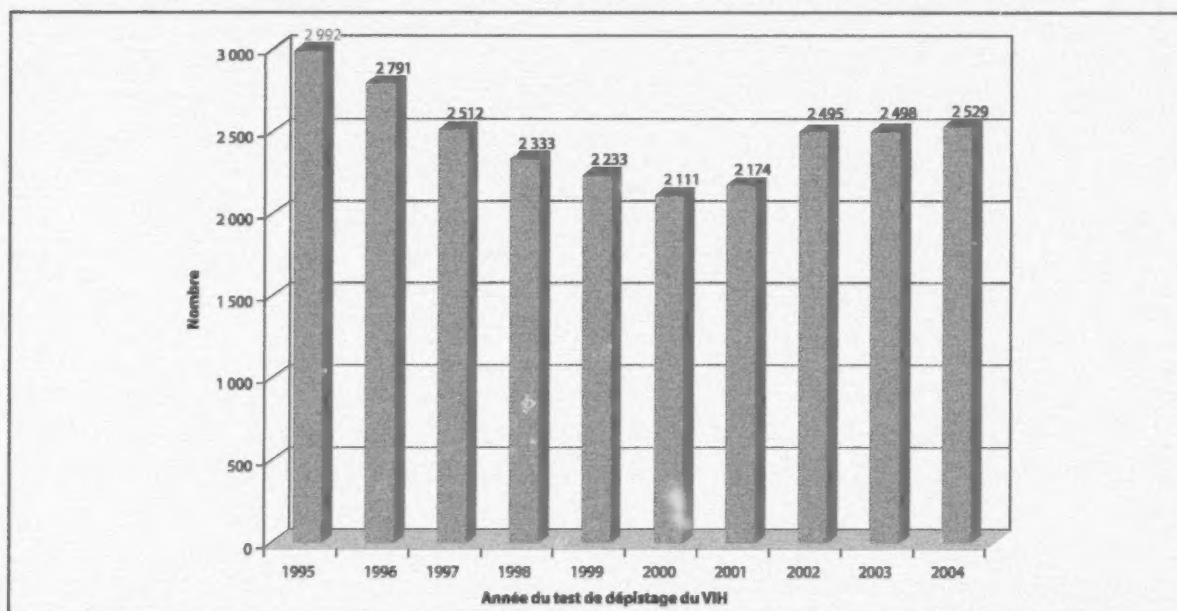
tendances relatives aux ITS dans une population donnée.

La surveillance nationale du VIH est assurée par la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'ASPC, en collaboration avec des partenaires provinciaux, territoriaux et locaux. Des Rapports de surveillance semestriels, des sommaires sur des sujets particuliers (*Actualités en épidémiologie*) et des rapports résumant les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada sont aussi offerts. Les statistiques exposées dans la présente section figurent dans *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*⁽⁷⁷⁾.

- Au total, 57 674 tests positifs de détection du VIH ont été déclarés à l'ASPC entre novembre 1985 (année où la déclaration a été instaurée) et le 31 décembre 2004.
- Le nombre de tests positifs déclarés a diminué entre 1995 et 2000, mais a augmenté en 2001 et en 2002. Depuis 2002, il demeure stable, à environ 2 500 par année (figure 1).

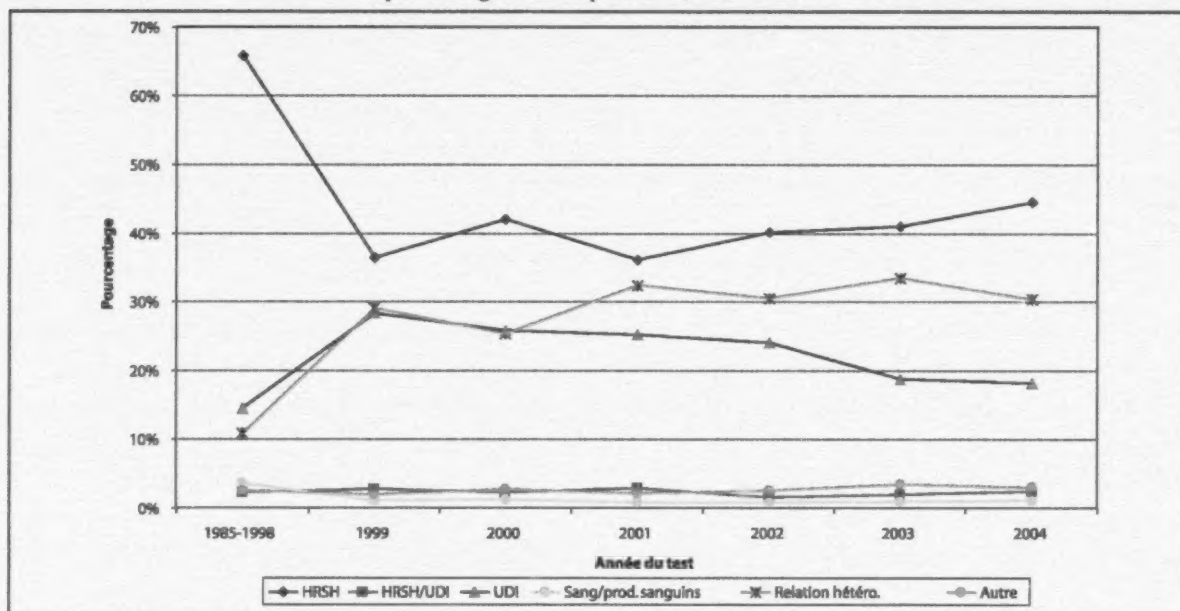
- La majorité des cas d'infection à VIH déclarés sont des hommes, mais les femmes représentent un peu plus de 25 % des cas en 2004.
- Avant 1995, moins de 10 % des tests positifs déclarés concernaient des femmes, mais cette proportion a augmenté à la fin des années 1990 et au début des années 2000.
- C'est chez les personnes de 30 à 39 ans que la plus grande proportion des tests positifs a été déclarée en 2004, tant chez les hommes que chez les femmes.
- La transmission sexuelle est à l'origine d'une vaste proportion des cas déclarés d'infection à VIH.
- Environ 45 % des tests positifs déclarés en 2004 concernaient des HRSH, et cette tendance est à la hausse depuis 2001 (figure 2).
- L'exposition hétérosexuelle est toujours associée à une proportion importante des tests positifs de détection du VIH déclarés (30 % en 2004) et a surclassé l'utilisation de drogues par injection (UDI) en tant que deuxième catégorie d'exposition en importance.

Figure 1 : Tests positifs de détection du VIH déclarés, par année du test, 1995-2004



Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Figure 2 : Tests positifs de détection du VIH déclarés chez les adultes, par catégorie d'exposition, 1995-2004



Source : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

- 25 % des cas déclarés liés à une exposition hétérosexuelle en 2004 venaient d'un pays où le VIH est endémique, un nombre qui augmente depuis 1998.
- 40,5 % des personnes classées dans la catégorie de l'exposition hétérosexuelle ont dit avoir eu des relations sexuelles avec une personne à risque.
- 34,5 % des cas déclarés liés à une exposition hétérosexuelle n'ont pas mentionné de facteur de risque.
- Pour près d'un cinquième des tests positifs déclarés, la catégorie d'exposition mentionnée était l'UDI.

Les HRSH présentent toujours un risque considérable d'infection à HIV et d'autres ITS. Les facteurs de risque incluent les relations sexuelles anales non protégées, tant passives qu'actives, avec des partenaires occasionnels ou réguliers, de même que les relations sexuelles non protégées avec un partenaire que l'on sait séropositif pour le VIH⁽⁷⁸⁾. Dans une enquête récente auprès des HRSH, 31 % des répon-

dants séronégatifs et 63 % des répondants séropositifs ont indiqué avoir eu au moins une relation anale passive non protégée, tandis que 49 % des répondants séronégatifs et 43 % des répondants séropositifs ont indiqué avoir eu une relation anale active non protégée⁽⁷²⁾.

Virus du papillome humain (VPH) et verrues anogénitales

- Selon des études publiées menées au Canada et aux É.-U., l'infection à VPH est probablement parmi les ITS les plus répandues en Amérique du Nord⁽⁷⁹⁻⁸²⁾.
- Il existe plus de 100 types de VPH différents, dont 35 ou plus infectent l'épithélium anogénital.
 - Les types de VPH à haut risque peuvent entraîner des résultats anormaux au test de Pap chez les femmes et causer le cancer du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus. Chez les hommes, ils peuvent causer le cancer de l'anus ou du pénis.

- Les types de VPH à faible risque peuvent aussi entraîner des résultats anormaux au test de Pap ou causer des verrues anogénitales⁽⁴²⁾.
- Parmi les types les plus courants à haut risque (oncogènes), on trouve les types 16 et 18, lesquels sont responsables d'environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus⁽⁸³⁾.
- Les types 6 et 11 (à faible risque) sont responsables d'environ 90 % des cas de verrues anogénitales⁽⁸³⁾.
- Au Canada, la détection du VPH n'est pas effectuée systématiquement, mais des programmes de dépistage sont en place pour déceler les anomalies du col de l'utérus, les lésions précancéreuses et le cancer du col causé par le VPH chez les femmes.
- Les données canadiennes sur l'incidence et la prévalence du VPH sont limitées, et aucune étude n'a été publiée sur l'épidémiologie des verrues anogénitales au Canada. La plupart des études sont principalement axées sur l'infection par le VPH chez les femmes, de même que sur ses séquelles.
 - C'est chez les femmes de moins de 30 ans qu'on compte le plus grand nombre de cas d'infection^(79,84,85).
 - Des études ont révélé des taux de prévalence ponctuelle des types de VPH à haut risque se situant globalement entre 10,8 % et 25,8 % chez les femmes (la population étudiée et les tests varient)^(79,81,84,85).
 - La prévalence, chez les femmes de 13 à 20 ans du Nunavut, des types de VPH à haut risque s'élève à 42 %⁽⁸⁴⁾.
 - L'incidence, chez les femmes de 15 à 19 ans, des types de VPH à haut risque a été établie à 25 % sur une période de 14 mois⁽⁷⁹⁾.
- Un vaccin destiné aux femmes contre les types 6, 11, 16 et 18 de VPH a récemment été homologué au Canada.
- D'autres études sur la prévalence du VPH sont en cours actuellement au Canada. On est à mettre sur pied un système de surveillance sentinelle pour établir des mesures de référence sur le VPH

avant l'introduction du vaccin et pour surveiller les tendances futures.

Infection anogénitale par le virus de l'herpès simplex (VHS)

- L'infection anogénitale à VHS est un problème de santé publique d'une importance majeure. Non seulement l'infection est-elle associée à une morbidité importante, mais les lésions herpétiques peuvent également faciliter la transmission du VIH^(86,87).
- L'infection anogénitale causée par le VHS de type 1 ou 2 peut provoquer des lésions vésiculaires et des ulcères douloureux pouvant réapparaître périodiquement⁽⁸⁶⁾.
- Bon nombre des infections par le VHS sont asymptomatiques, et l'excrétion virale asymptomatique entraîne la transmission du virus. Des traitements suppressifs peuvent réduire l'excrétion asymptomatique et la transmission, mais il n'existe aucun traitement connu contre le VHS.
- Les complications liées à l'infection herpétique anogénitale comprennent la méningite aseptique et d'autres complications neurologiques, des lésions extra-génitales et l'infection disséminée⁽⁴²⁾.
- La transmission périnatale du VHS de la mère à son enfant peut survenir in utero, pendant ou après l'accouchement, et peut avoir des conséquences dévastatrices^(86,87).
- La prévalence de l'infection anogénitale à VHS a augmenté sensiblement partout dans le monde pendant les années 1980 et 1990⁽⁴²⁾; les données canadiennes sur la séroprévalence du VHS sont toutefois assez limitées.
 - Une étude populationnelle effectuée en 1999 auprès de femmes en Colombie-Britannique a révélé une séroprévalence corrigée pour l'âge de 58,9 % dans le cas du VHS de type 1 et de 17,3 % dans le cas du VHS de type 2⁽⁸⁶⁾.
 - Dans une population à faible risque en Ontario entre 2000 et 2001, on a observé des taux de séroprévalence standardisés selon l'âge du VHS des types 1 et 2 (hommes et femmes

confondus) de 51,1 % et de 9,1 %, respectivement⁽⁸⁸⁾.

- Parmi les patients qui se sont présentés à une clinique de traitement des MTS en Alberta entre 1994 et 1995, on a observé une séro-prévalence du VHS des types 1 et 2 de 56 % et de 19 %, respectivement⁽⁸⁹⁾.
- Une étude triennale de surveillance accrue a été menée pour déterminer l'incidence, les déterminants et les taux de morbidité et de mortalité liés à l'infection néonatale à VHS au Canada⁽⁸⁷⁾.
 - Environ 20 cas ont été relevés par année (5,9 cas pour 100 000 naissances vivantes).
 - Parmi les cas pour lesquels le type de VHS était connu, 62,5 % étaient atteints du VHS de type I.
 - 40 % des mères ignoraient qu'elles étaient atteintes d'une infection à VHS avant d'accoucher, et des lésions génitales évidentes étaient rarement présentes.
 - Ces résultats ont des répercussions manifestes sur la prévention avant la naissance de l'infection néonatale par le VHS.

Virus de l'hépatite C (VHC) transmis sexuellement

Le rôle de la transmission sexuelle dans la propagation du VHC est un sujet de discussion et de discordance depuis de nombreuses années. Quoiqu'il semble que la transmission sexuelle soit inefficace dans la plupart des circonstances, certaines études ont mis en évidence une incidence accrue du VHC chez les HRSH, en particulier ceux qui sont séropositifs pour le VIH.

- Des études donnent à penser que l'infection par le VIH et certains comportements sexuels sont des facteurs de risque importants liés à la transmission sexuelle du VHC⁽⁹⁰⁻⁹²⁾ :
 - Relations sexuelles anales passives non protégées
 - Pénétration anale du poing
 - Partenaire sexuel ayant des antécédents d'utilisation de drogues par injection
 - Herpès anogénital

□ Infection par le VIH

□ > 20 partenaires sexuels au cours de la dernière année

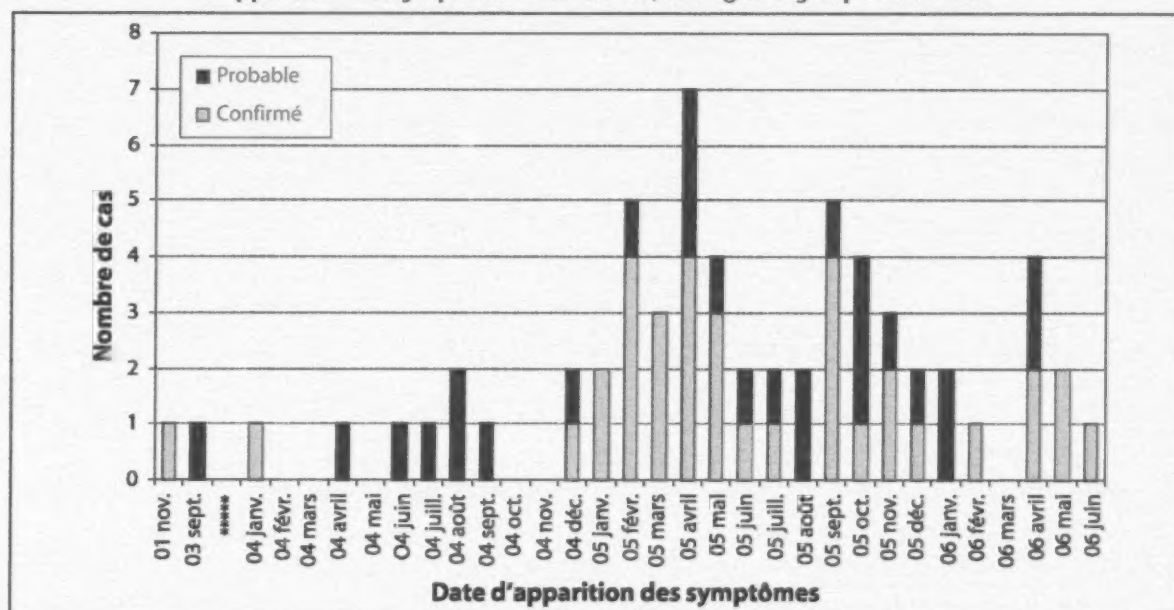
□ > 100 partenaires sexuels à vie.

- Dans une étude, on a observé que les deux tiers des séroconversions VHC étaient survenues chez des non-utilisateurs de drogues par injection ayant des comportements à risque élevé, ce qui laisse croire que certaines pratiques sexuelles jouent peut-être un rôle dans la transmission du VHC⁽⁹³⁾.
- Des données biologiques indiquent que le VHC peut être détecté dans le sperme par des techniques moléculaires, ce qui ajoute du poids à l'argument voulant que la transmission sexuelle joue peut-être un rôle dans la propagation du virus⁽⁹¹⁾.
- Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH), un système de surveillance populationnelle lancé en octobre 1998 au Canada, recueille de l'information détaillée sur les facteurs de risque, y compris la transmission sexuelle, liés aux nouveaux cas d'infection à VHC.
 - Les données tirées du SSASH pour 2004 donnent à penser qu'une petite proportion (6 %) des infections par le VHC récemment contractées au Canada pourraient être attribuables à une transmission sexuelle⁽⁹⁴⁾.

Virus de l'hépatite B (VHB)

Le VHB est la cause la plus courante d'hépatite transmise sexuellement, mais il s'agit aussi d'une maladie évitable par la vaccination. Pour obtenir de l'information sur l'épidémiologie du VHB et sur le vaccin contre ce virus, prière de consulter le *Guide canadien d'immunisation*⁽⁹⁵⁾, offert en ligne à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index_f.html.

Figure 3 : Courbe épidémiologique des cas de LGV au Canada lorsque la date d'apparition des symptômes est connue, cas signalés jusqu'à août 2006



Surveillance accrue

Lymphogranulome vénérien (LGV)

- Jusqu'à récemment, le LGV était rare dans les pays industrialisés et était habituellement contracté dans des pays où cette infection est endémique.
 - Le LGV est endémique dans certaines régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Antilles.
- En 2003, des cas ont été déclarés chez les HRSH aux Pays-Bas et, plus récemment, ailleurs en Europe et en Amérique du Nord.
- Le LGV n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada. Toutefois, en raison de l'augmentation des cas en Amérique du Nord et en Europe, l'ASPC a établi en février 2005, en partenariat avec les provinces et territoires, un système de surveillance nationale accrue du LGV.
- Le LGV est une infection transmise sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *Chlamydia trachomatis*. Contrairement aux sérovars A à K de *C. trachomatis*, qui causent les problèmes plus courants que sont les infections génitales et les conjonctivites, les sérovars du

LGV sont invasifs et s'attaquent de préférence aux tissus lymphoïdes.

- Le LGV peut se transmettre par contact sexuel vaginal, anal ou buccal.
- Le LGV comprend les stades primaire, secondaire et tertiaire (chronique, non traité).
 - La période d'incubation du LGV primaire est de 3 à 30 jours; elle est caractérisée par la présence au point d'inoculation d'une ou plusieurs papules non douloureuses et de petite taille; elles peuvent s'ulcérer, disparaissent spontanément et passent parfois inaperçues.
 - Le LGV secondaire se manifeste habituellement 2 à 6 semaines après les lésions primaires, et se présente souvent sous forme de rectite accompagnée d'adénopathie inguinale et/ou fémorale; il peut s'accompagner d'écoulements anaux sanglants, purulents ou muqueux et de symptômes généraux comme de la fièvre et un malaise.
 - Le LGV tertiaire entraîne des lésions inflammatoires chroniques causant des cicatrices, une obstruction lymphatique et un rétrécis-

sement du rectum, et peut provoquer une destruction importante des organes génitaux.

- Entre février 2005 et août 2006, 79 cas de LGV ont été signalés à l'ASPC; 42 étaient des cas confirmés et 37 étaient des cas probables.
 - Parmi les cas signalés, la date d'apparition des symptômes allait de novembre 2001 à juin 2006 (lorsque cette information était disponible) (figure 3).
 - Tous les cas signalés étaient des hommes. La majorité étaient des HRSH de race blanche âgés de 21 à 62 ans (tableau 1).

Tableau 1 : Sommaire des données démographiques relatives à 79 cas déclarés de LGV au Canada

Caractéristiques	N ^{bre} de cas (%)
Homme	79/79 (100)
Origine ethnique	
Race blanche	30/36 (83,3)
Asie	1/36 (2,7)
Antilles	1/36 (2,7)
Amérique du Sud	4/36 (11,1)
Intervalle des âges	21-62
Âge moyen	38,6

- Les comportements sexuels et les facteurs de risque fréquemment signalés sont les suivants :
 - Plus de 90 % des cas ont indiqué avoir eu récemment des relations anales passives ou actives ou des relations buccales, souvent non protégées.
 - La majorité des cas ont indiqué avoir eu des activités sexuelles dans un sauna ou une résidence privée; la fréquentation de partenaires rencontrés par Internet était souvent signalée.
 - La pénétration anale du poing et la consommation de méthamphétamine par voie rectale ont été signalées par un petit nombre de cas (< 10 %).
 - Un voyage récent ailleurs au Canada a été signalé par cinq cas; cinq autres cas ont

indiqué avoir voyagé à l'étranger dans des régions où la maladie est endémique ou dans des régions où des écloisions ont été déclarées, y compris en France, au Mexique, à Cuba et à la Jamaïque.

- Une coinfection par le VIH (78 %), par le VHS (26 %) et par le VHC (14 %) a aussi été signalée.

Pour de l'information plus à jour, prière de consulter la Mise à jour épidémiologique du LGV de l'ASPC à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/std-mts/lgv_f.html

Les ITS chez les jeunes de la rue : Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJRC)

- SAJRC est un système de surveillance sentinelle multicentrique qui surveille les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang ainsi que les comportements et les déterminants du risque chez les jeunes de la rue au Canada⁽⁹⁵⁾.
- Des taux d'infections transmises sexuellement et par le sang plus élevés ont été déclarés chez ces jeunes comparativement à l'ensemble des jeunes Canadiens (tableau 2)⁽⁹⁶⁾.
- Les taux d'ITS bactériennes chez les jeunes de la rue sont en hausse, ce qui correspond aux tendances nationales observées dans l'ensemble de la population (tableau 1).
- La prévalence du VHS de type 2 chez les jeunes de la rue est passée de 14,2 % à 18,8 % entre 2001 et 2003.
 - Les taux de VHS de type 2 étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
 - Les jeunes de 20 à 24 ans connaissaient des taux de VHS de type 2 plus élevés que ceux âgés de 15 à 19 ans.
- Comme dans le cas du VHS de type 2, la prévalence du VHS de type 1 a augmenté chez les jeunes de la rue entre 2001 et 2003 (de 56,0 % à 60,8 %), et les taux étaient dans l'ensemble plus élevés chez les femmes et les jeunes plus âgés.
- Des taux élevés d'hépatite C ont été relevés chez les jeunes de la rue (environ 4,0 %), quoique les

Tableau 2 : Taux¹ de chlamydie génitale, de gonorrhée et de syphilis infectieuse chez les jeunes de la rue et chez les jeunes de la population générale en 1999, 2001 et 2003

Âge	1999 (%)	2001 (%)	2003 (%)
Chlamydie génitale			
15-19 ans	8,98 % (0,65 %)	11,51 % (0,74 %)	10,88 % (0,82 %)
20-24 ans	7,87 % (0,75 %)	11,38 % (0,88 %)	11,04 % (0,99 %)
Gonorrhée			
15-19 ans	1,56 % (0,06 %)	1,04 % (0,07 %)	2,19 % (0,08 %)
20-24 ans	0,90 % (0,07 %)	2,12 % (0,09 %)	4,38 % (0,10 %)
Syphilis infectieuse			
15-19 ans	—	0 % (< 0,01 %)	0,25 % (< 0,01 %)
20-24 ans	—	0 % (< 0,01 %)	1,31 % (< 0,01 %)

¹ Les taux relatifs aux jeunes de la rue sont des taux de prévalence; les taux relatifs aux jeunes de la population générale (indiqués entre parenthèses) avec lesquels ils sont comparés sont calculés à partir des cas déclarés.

taux n'aient pas beaucoup changé entre 1999 et 2003.

- La prévalence du VIH chez les jeunes de la rue était d'environ 1 %.

□ L'infection touchait majoritairement les jeunes plus âgés (20 à 24 ans), et il n'y avait pas de variations selon le sexe. Le nombre de cas était toutefois restreint, et les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

- Des analyses ont été effectuées pour détecter le virus du lymphome humain à cellules T (HTLV) en 2001 et en 2003. On a enregistré chaque année un cas confirmé en laboratoire de HTLV-1.

Pour obtenir plus d'information sur le SAJRC et connaître les publications concernant ce programme, prière de consulter la section du site Web de l'ASPC sur les infections transmises sexuellement : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index_f.html

TENDANCES PROJETÉES CONCERNANT LES ITS AU CANADA

Les données de surveillance sont recueillies pour éclairer et orienter les mesures de santé publique. L'examen des tendances séculaires permet de savoir où vont les choses : Les taux augmentent, diminuent ou sont stables parmi des populations données? Essentiellement, une partie de l'interprétation de ces données consiste à projeter les tendances dans le futur, ce qui peut ensuite faciliter la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle.

Dans le présent chapitre, on évalue les tendances relatives aux trois ITS bactériennes à déclaration obligatoire. Les taux sont projetés pour les années 2005 à 2010 afin d'offrir un exemple concret de ce à quoi pourraient ressembler les taux d'ITS au Canada en l'absence d'un changement important dans la progression de l'épidémie. Ces exemples peuvent aussi faciliter davantage la planification globale des activités de prévention et de contrôle ainsi que l'affectation des ressources.

Les taux déclarés de gonorrhée, de chlamydie génitale et de syphilis infectieuse étaient en baisse au début des années 1990, atteignant leur niveau le plus bas vers 1997, soit à peu près au moment où les objectifs nationaux concernant les ITS ont été établis. À cette époque, il y avait une recrudescence des trois ITS à déclaration obligatoire, laquelle se poursuit sans relâche. Pour une analyse détaillée des tendances actuelles relatives à chaque ITS, prière de consulter le chapitre qui y est consacré.

Méthodologie

Le nombre de cas déclarés de gonorrhée, de chlamydie et de syphilis infectieuse, par sexe, par province/territoire et par année de diagnostic était disponible pour les années 1980, 1992 et 1993, respectivement. Les tendances récentes concernant

les taux de gonorrhée et de chlamydie ont été estimées à l'aide d'un modèle simple de régression de Poisson pour la période actuelle, avec pour point de départ la recrudescence amorcée en 1997. La régression de Poisson, similaire à une régression linéaire, tient compte de la distribution des erreurs relatives aux dénombrements et englobe la population à risque⁽⁹⁾. Étant donné que la régression de Poisson utilise une fonction de lien logarithmique, la tendance estimée correspond au pourcentage de changement annuel moyen. Les tendances ont été illustrées graphiquement. La ligne de tendance correspondant aux données historiques a été ajoutée à l'aide d'un modèle similaire, et des barres d'erreur représentant des intervalles de confiance (IC) à 95 % par rapport à la moyenne prévue ont été incluses.

L'hypothèse d'une hausse constante des taux n'était pas adéquate dans le cas de la syphilis infectieuse, en particulier pour les hommes. Étant donné que la syphilis est habituellement caractérisée par des éclosions locales et que les taux annuels semblent être hautement groupés, les tendances concernant la syphilis n'ont pas été résumées.

Limites

Ce modèle ne prétend pas tenir compte des nombreux facteurs pouvant influencer sur l'orientation de l'épidémie, comme les changements dans les comportements à risque et les progrès réalisés en laboratoire. Par exemple, tandis que des études indiquant une hausse des comportements sexuels à risque sont en harmonie avec les tendances observées dans les taux d'ITS, les projections ne tiennent pas compte de l'effet que des changements récents dans les comportements à risque pourraient avoir ni du fait que la recrudescence se résorbe d'elle-même.

En outre, ces projections sont fondées sur le nombre de cas déclarés uniquement, et les systèmes de surveillance passive ne permettent jamais de relever tous les cas réels. Par exemple, étant donné que certaines infections sont asymptomatiques et que les personnes atteintes ne font pas toujours appel au système de santé, on sait que les cas déclarés sont sous-estimés par rapport à l'incidence et à la prévalence réelles de certaines maladies.

Des intervalles de confiance sont utilisés pour refléter l'incertitude liée à l'estimation des tendances passées. Aussi, les estimations projetées offrent-elles un point de repère général pouvant être utilisé pour déterminer si la recrudescence est à la baisse.

Résultats

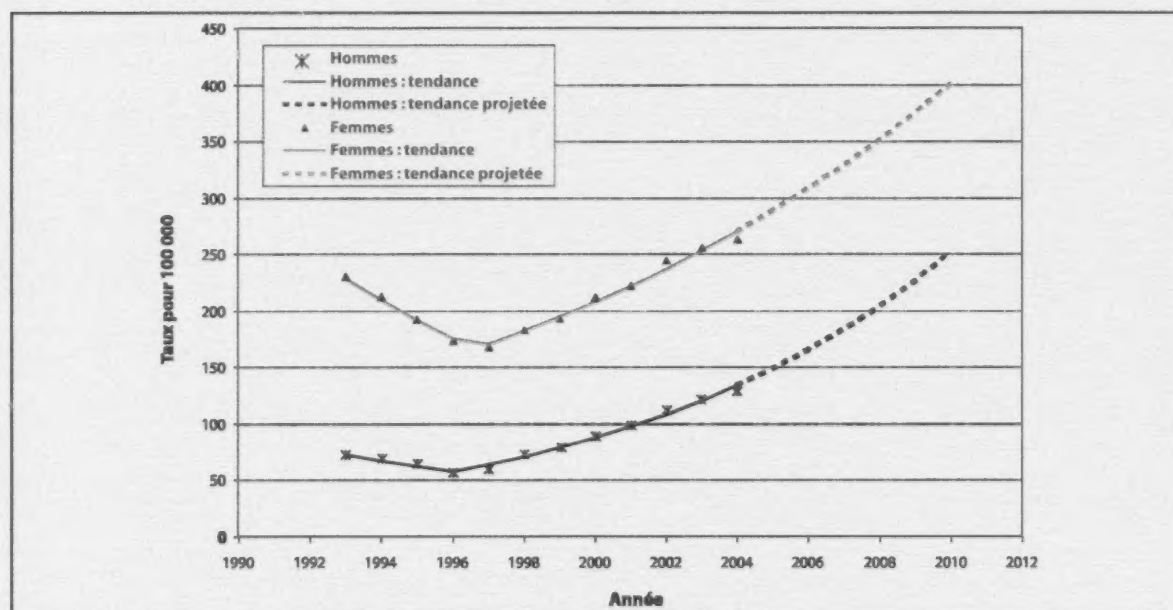
Chlamydirose génitale

- Après avoir connu un déclin depuis le début des années 1990, les taux déclarés de chlamydirose génitale ont augmenté en moyenne de 11 % (IC à 95 % : 10 % à 12 %) par année chez les hommes

et en moyenne de 6,8 % (IC à 95 % : 6,6 % à 7,0 %) par année chez les femmes depuis 1997.

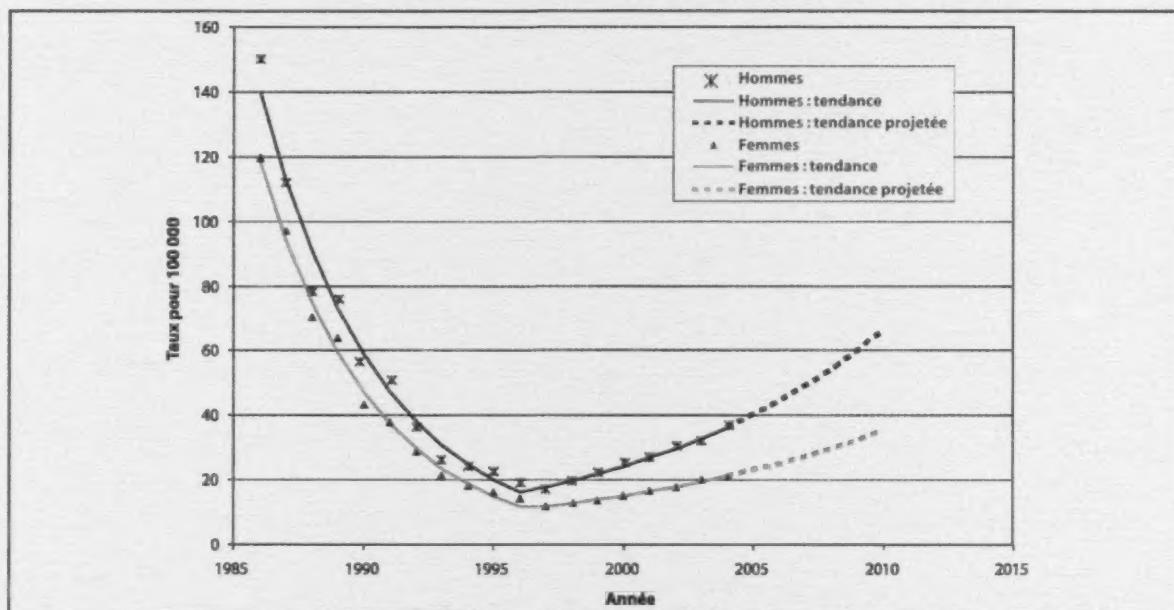
- Les taux chez les hommes ont augmenté plus rapidement que chez les femmes dans toutes les provinces et tous les territoires et dans tous les groupes d'âge au-dessus de 15 ans.
- Si ces hausses se poursuivent, le taux global pourrait atteindre plus de 320 cas pour 100 000 habitants d'ici 2010, soit une hausse de plus de 60 % par rapport à 2004 et de plus de 180 % par rapport à 1997.
 - Le taux projeté chez les hommes en 2010 serait de plus de 250 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de près de 95 % par rapport à 2004 et de 330 % par rapport à 1997 (figure 1).
 - Le taux projeté chez les femmes en 2010 se situerait à près de 400 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de plus de 50 % par rapport à 2004 et de près de 140 % par rapport à 1997 (figure 1).
- Quoique les taux projetés pour 2005 à 2010 demeurent plus élevés chez les femmes, l'écart

Figure 1 : Taux déclarés¹ de chlamydirose génitale au Canada, projetés jusqu'en 2010²



¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

Figure 2 : Taux déclarés¹ de gonorrhée au Canada, projetés jusqu'en 2010²

¹ Taux pour 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada.

² Les données de 2004 sont préliminaires, et des changements sont à prévoir; les données pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

entre les sexes continue de s'amoinrir (le ratio de cas homme:femme pour 2010 serait de 1:1,6 contre 1:2,1 en 2004).

Gonorrhée

- Après avoir dégringolé du début des années 1980 à la fin des années 1990, les taux déclarés de gonorrhée ont augmenté à un taux moyen de 10,6 % (IC à 95 % : 10,1 % à 11,2 %) par année chez les hommes et de 8,9 % (IC à 95 % : 8,2 % à 9,6 %) chez les femmes.
- La hausse du taux a été plus forte chez les hommes que chez les femmes dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Manitoba.
- À ce rythme, les taux de gonorrhée se situeraient à plus de 50 cas pour 100 000 habitants en 2010, soit une hausse de près de 75 % par rapport à 2004 et de plus de 240 % par rapport à 1997.
 - Le taux projeté chez les hommes en 2010 serait de plus de 66 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de plus de 80 % par

rapport à 2004 et de plus de 270 % par rapport à 1997 (figure 2).

- Le taux projeté chez les femmes en 2010 serait de plus de 35 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de plus de 67 % par rapport à 2004 et de près de 195 % par rapport à 1997 (figure 2).
- Si les taux chez les hommes continuent d'augmenter plus rapidement que chez les femmes, la proportion de cas de sexe masculin continuera d'augmenter légèrement, passant de 63 % en 2004 à 65 % en 2010.

Syphilis infectieuse

En 2004, le taux de syphilis chez les hommes était plus de 10 fois supérieur à celui de 1997; le taux chez les femmes a plus que doublé au cours de la même période. Étant donné que ces hausses étaient probablement attribuables à des éclosions régionales, on n'a pas établi de projections en ce qui concerne la syphilis. Tandis qu'une tendance sous-jacente relative à la syphilis pourrait être similaire à celle se rapportant à la gonorrhée et à la chlamydie, on s'attendrait à ce que la variation d'une année à l'autre

soit beaucoup plus importante en raison des éclosions régionales intermittentes et des éclosions continues dans certaines provinces ou certains territoires.

Analyse

Les taux d'ITS à déclaration obligatoire augmentent depuis 1997, en dépit des efforts localisés pour combattre ces infections. Si les tendances actuelles persistent, les taux atteindront des sommets encore plus accablants d'ici la fin de la présente décennie.

Les taux de gonorrhée en 2004 étaient aussi élevés que ceux de 1992, année où des baisses ont été observées. Si les tendances actuelles se maintiennent, les taux de 2010 pourraient correspondre à ceux que l'on connaissait à la fin des années 1980. Les taux de chlamydie génitale ont déjà dépassé le sommet atteint précédemment, lorsque la chlamydie est devenue une maladie à déclaration obligatoire au début des années 1990. Il est particulièrement préoccupant de penser que les tendances relatives aux taux d'ITS bactériennes sont probablement un indicateur majeur de la transmission sexuelle du VIH, en particulier lorsque les taux augmentent à la fois chez les hommes et chez les femmes⁽⁹⁶⁾.

En 1997, des objectifs nationaux ont été élaborés par les directeurs fédéral, provinciaux et territoriaux responsables de la lutte contre les ITS, en collaboration avec un groupe d'experts nationaux et internationaux sur les ITS. Cette mesure visait à placer les taux d'ITS au Canada dans leur contexte, en utilisant les données pour attirer l'attention des professionnels et de la population sur la nécessité de réduire davantage les taux d'ITS au Canada. Parmi les nombreux objectifs qui ont été fixés figurait l'établissement de cibles relatives à l'incidence et/ou à la prévalence des trois ITS à déclaration obligatoire au pays pour les années 2000 et 2010.

Il est évident que les objectifs fixés en 1997 ne sont plus adéquats ni réalisables, et que le fait qu'on ne puisse les atteindre témoigne de l'existence d'une combinaison complexe de facteurs à la base des tendances vers la direction opposée. Un groupe de travail a été établi pour élaborer une approche en vue

de réévaluer les objectifs nationaux concernant les ITS, et les taux d'ITS projetés pour les 5 prochaines années permettront d'orienter les discussions.

Le récent fardeau économique des ITS dans le contexte canadien est mal connu, car la dernière recherche publiée remonte aux années 1990^(40,99). On pourrait croire qu'au Canada, les ressources actuelles en santé publique associées au dépistage, au traitement et au retraçage des contacts devraient dépasser les ressources associées à la prévention, à la promotion et aux efforts pour freiner l'épidémie actuelle d'ITS. En fait, on a suggéré qu'étant donné que les taux de prévalence des ITS atteignent un certain niveau, il pourrait être utile de réévaluer les avantages, par rapport à leur coût, de certaines stratégies utilisées au plus fort d'une épidémie, par exemple les vastes campagnes de dépistage et les campagnes médiatiques à grande échelle⁽¹⁰⁰⁾. Pour mettre en œuvre de telles interventions, il faut affecter des ressources additionnelles dans une stratégie nationale axée sur de nouvelles mesures de prévention et de contrôle des ITS.

Le fait que les taux des trois ITS aient atteint un creux en 1996-1997 donne à penser que la prévention est possible. Une surveillance continue, opportune et représentative ainsi que la collecte d'information plus détaillée sur les cas et de données sur la résistance aux antimicrobiens seront essentielles pour freiner ces hausses prévues. Les tactiques de prévention, de promotion et d'intervention à volets multiples et adaptées à la population et aux différences entre les sexes sont des composantes intégrantes de toute stratégie de lutte contre les ITS au Canada. Un soutien approprié et des ressources adéquates sont essentiels pour garantir le succès de tout programme de lutte contre les ITS. De plus, la reconnaissance que les infections transmises sexuellement et par le sang, comme l'hépatite B et l'hépatite C, touchent les mêmes populations est le fondement d'une stratégie élargie de lutte contre la maladie. L'adoption d'une approche intégrée, tenant compte de ces populations à risque de multiples infections en raison de facteurs et de comportements communs, permet l'utilisation plus efficace des ressources, qui sont limitées.

NOTES TECHNIQUES

Définition des termes couramment utilisés

Asymptomatique

- Se dit d'une infection transmise sexuellement qui ne s'accompagne d'aucun symptôme; sans symptôme (contraire de « symptomatique », défini plus bas).

Cas

- Un cas est une personne parmi la population qui est atteinte d'une infection diagnostiquée (soit une ITS, aux fins du présent document). Une personne peut constituer plus d'un cas si elle est réinfectée (p. ex., par un partenaire non traité). À l'échelle nationale, tous les cas d'ITS sont confirmés en laboratoire.

Définition de cas

- Ensemble de critères cliniques, épidémiologiques et de laboratoire utilisés pour classer un diagnostic à des fins de suivi et de surveillance des maladies par les autorités de santé publique locales, provinciales/territoriales et fédérales.
- Les définitions de cas des ITS faisant l'objet d'une surveillance nationale peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf>.

Infection gonococcique

- Autre terme désignant la gonorrhée.

TAAN

- Test d'amplification des acides nucléiques. Il s'agit d'une technique relativement nouvelle pour déceler divers agents pathogènes, y compris *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Contrairement aux techniques

utilisées auparavant, le TAAN peut être effectué sur des échantillons d'urine.

Éclosion

- Survenue d'un nombre de cas supérieur au taux attendu dans une population donnée.

Taux

- Le taux est calculé en divisant le nombre de cas dans une population (p. ex., habitants d'une certaine région ou personnes d'un sexe donné) par le nombre total de personnes incluses dans cette population.

Taux pour 100 000 habitants = (nombre de cas déclarés/taille de la population) x 100 000

MTS

- Maladie transmise sexuellement. Terme classique employé pour désigner les infections pouvant être transmises lors d'une relation sexuelle avec une personne infectée. Certaines MTS peuvent toutefois être transmises par des moyens non sexuels, comme l'utilisation de drogues par injection.

ITS

- Infection transmise sexuellement. Ce terme est de plus en plus employé à la place de MTS, car il est plus inclusif et englobe les infections pouvant être asymptomatiques.

Surveillance

- Collecte systématique de données de santé publique, et analyse et communication de ces données.

Symptomatique

- Présence de symptômes d'une maladie ou d'une infection.

Surveillance nationale des infections transmises sexuellement (ITS)

Il existe des limites associées à l'analyse et à l'interprétation des données de surveillance des ITS, dont certaines sont propres à la surveillance nationale. Le nombre de cas déclarés est probablement sous-estimé par rapport au nombre de cas réel d'infection dans une population donnée. Pour qu'un cas soit comptabilisé, il faut qu'une personne infectée consulte un médecin et que l'analyse de laboratoire effectuée par la suite soit positive. En raison de la nature asymptomatique des ITS bactériennes, bon nombre des personnes infectées ne consultent pas et demeurent ainsi du côté caché de l'épidémie. D'autres cas sont parfois décelés par le retraçage des contacts d'une personne chez qui une infection a été diagnostiquée. Les rapports sexuels croissants avec des partenaires sexuels anonymes complique toutefois le retraçage des contacts.

Au moment d'examiner les résultats d'analyse, il faut se montrer prudent dans l'interprétation des statistiques relatives à des régions peu peuplées. Les taux calculés à partir de petits nombres sont plus sujets aux fluctuations. Par exemple, un pourcentage de variation important peut correspondre à de très petits changements dans le nombre absolu de cas (la variation n'est pas toujours liée à des réels changements du taux d'infection, et ces données sont plus difficiles à interpréter que les données relatives à des populations plus vastes).

En outre, de nombreuses ITS ne sont pas obligatoirement déclarées, ce qui limite le portrait général de l'incidence et de la prévalence des infections acquises par le même mode de transmission. Un portrait plus complet des ITS pourrait faciliter l'orientation des efforts de prévention et de contrôle, mais les ressources nécessaires pour mettre en place une telle surveillance représentent des coûts prohibitifs.

Des différences techniques entre les provinces/territoires et l'ASPC peuvent introduire des obstacles menant à des retards dans la communication des données de surveillance. Étant donné que bon nombre de provinces/territoires utilisent un logiciel différent pour conserver leurs données, ce ne sont pas les mêmes éléments de données, dans le même format, qui sont présentés dans l'ensemble du pays. Certains présentent des nombres de cas agrégés (par âge, par sexe et par maladie), tandis que d'autres présentent des données sur les cas individuels, y compris l'âge et le sexe. D'autres champs, comme les facteurs de risque, sont toutefois remplis à des degrés divers, et des valeurs différentes sont parfois employées dans certains champs (p. ex., origine ethnique).

Il existe plusieurs moyens de minimiser ou d'éliminer ces limites. Les provinces et les territoires passent en revue les nombres de cas et les analyses géographiques les concernant pour en garantir l'exactitude. Si des différences existent, ce sont les données provinciales et territoriales qui sont jugées définitives.

Des travaux sont en cours pour instaurer l'utilisation d'éléments de données normalisés pour la présentation de l'information sur les ITS au gouvernement fédéral. Une série de consultations fédérales-provinciales-territoriales a eu lieu pour établir des ensembles de données minimaux et de base. L'ensemble de données de base englobe les éléments de données qui sont nécessaires à la surveillance de toutes les maladies à déclaration obligatoire au pays (tableau 1). Un ensemble de données minimales a été proposé pour la surveillance nationale des ITS. Il comprend un ensemble d'éléments de données de base ainsi que des éléments de données additionnels, portant expressément sur les ITS, qui sont jugés importants pour la surveillance nationale des ITS (tableau 2).

**Tableau 1. Ensemble national de données de
base pour la surveillance systématique des maladies transmissibles**

Élément de donnée	Description	Justification
Date de l'incident sanitaire	<p>Permet d'estimer la date où un épisode a commencé :</p> <p>1 = date d'apparition des symptômes;</p> <p>2 = date du diagnostic clinique (moment où le professionnel de la santé a posé le diagnostic);</p> <p>3 = date de prélèvement de l'échantillon (moment où l'échantillon à partir duquel on a confirmé la maladie pour la première fois en laboratoire a été prélevé);</p> <p>4 = date des résultats des analyses de laboratoire (date d'obtention des premiers résultats des analyses de confirmation en laboratoire);</p> <p>5 = date où le rapport a été rempli par les autorités sanitaires locales;</p> <p>6 = date de réception par l'ASPC.</p>	<p>Cette information est nécessaire à l'analyse selon la personne, le lieu et le temps, et permet de donner rapidement l'alerte, d'analyser les tendances et de renforcer la capacité d'intervention.</p> <p>L'information est utilisée pour cibler et mettre en œuvre des programmes appropriés de prévention et de contrôle.</p>
Code de date de l'incident sanitaire	Renvoie à la date de l'incident sanitaire et indique la date qui a été entrée.	Cet élément de donnée est utilisé en combinaison avec la date de l'incident sanitaire.
Maladie	Code associé à la maladie faisant l'objet d'une surveillance nationale.	Il est essentiel que la classification et la dénomination des maladies soient uniformes pour pouvoir comparer les taux de maladies entre les provinces/territoires et dans le temps.
État	<p>Degré de certitude quant au diagnostic au moment de la présentation au système de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> cas confirmé en laboratoire cas probable cas possible/soupçonné <p>Répond aux critères de la définition de cas de la maladie.</p>	<p>Cette information est utilisée pour suivre les changements dans le degré de certitude quant au diagnostic de la maladie déclarée.</p> <p>L'enregistrement uniforme de l'état de la maladie améliore la qualité des données aux échelles locale et fédérale.</p>
Indice de tri d'acheminement (ITA)	Les trois premiers caractères du code postal provincial/territorial. Le Secteur de recensement peut être utilisé si on ne dispose pas du code postal.	Cette information est nécessaire à l'analyse selon la personne, le lieu et le temps, et permet de donner rapidement l'alerte, d'analyser les tendances et de renforcer la capacité d'intervention. L'information est utilisée pour cibler et mettre en œuvre des programmes appropriés de prévention et de contrôle. Utile pour la fonction SIG.
Province	Nom de la province ou du territoire de résidence.	L'information selon la province et le territoire permet de calculer le nombre de cas d'une maladie à déclaration obligatoire au Canada; ce nombre permet ensuite de calculer le taux d'incidence national.
Âge	Âge du cas au moment de la maladie/de l'incident sanitaire. Calculé en mois pour les enfants de moins de 5 ans et en années pour les autres cas.	Cette information est nécessaire pour surveiller les tendances et identifier les groupes d'exposition lors d'éclosions. Il est important que les données sur l'âge soient précises lors de l'enregistrement des incidents visant de jeunes enfants et de l'évaluation du statut vaccinal et de l'efficacité des immunisations.
Indicateur d'âge estimé	Utilisé lorsque la date de naissance est inconnue pour indiquer si l'âge a été estimé à partir d'autres renseignements.	Améliore l'intégrité des données sur l'âge.
Sexe	Sexe du patient.	Cette information permet d'établir un profil démographique de base.

Élément de donnée	Description	Justification
Identifiant d'épisode	Identifie l'enregistrement de l'épisode sans identifier la personne. Remplace l'identifiant unique provincial/territorial à l'échelle fédérale. Les provinces/territoires tiennent des tables de corrélation qui permettent de retracer une personne à partir d'un identifiant d'épisode; cette information n'est pas disponible à l'échelle fédérale.	Cette information est nécessaire lors du transfert des données d'une base de données à une autre pour garantir l'intégrité des données (permet de renvoyer au système de départ lorsque des différences sont relevées). La possibilité de relier les incidents à l'identifiant d'épisode est aussi utile.
Nom de l'organisation	Nom de l'organisation responsable de la déclaration.	Cette information permet d'identifier l'établissement où a consulté le cas pour le suivi et le retraçage des contacts. Nécessaire pour les analyses des éclosions.
Code de l'organisation	Code assigné au nom de l'organisation à des fins d'identification.	Identifie l'organisation responsable de la déclaration.

Tableau 2. Ensemble national de données minimales proposé pour la surveillance régulière des ITS

Élément de donnée	Description	Justification	ITS
Démographie			
1. Race/Ethnie (Remarque : la description, la justification et la norme de contenu nécessitent de plus amples discussions.)	Idéalement auto-identifiée; indique la race/groupe ethnique du patient : <ul style="list-style-type: none"> • Non-Autochtone (à définir) • Autochtone (Premières nations, Métis et Inuits) 	Reconnait que les données régionales/fédérales sont limitées. Nécessaire pour cibler les programmes de prévention et de traitement.	Chlamydiae Gonorrhée Syphilis
Détails cliniques			
2. Échantillon et foyer infectieux	Type d'échantillon ayant permis de confirmer l'infection en laboratoire et région anatomique où cet échantillon a été prélevé. Type d'échantillon Foyer infectieux Sang Non requis Urine Non requis Grattage Col, urètre, rectum, gorge, œil Écouvillon Col, urètre, rectum, gorge, œil Autre Préciser	Important en guise de marqueur indirect des comportements à risque et pour faire le suivi des pratiques de dépistage actuelles.	Chlamydiae Gonorrhée Syphilis
3. Stade	Indique le stade de l'infection, selon <i>Définitions de cas de maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale 2000</i> (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html). <ul style="list-style-type: none"> ■ Primaire ■ Secondaire ■ Latent précoce ■ Congénitale ■ Autre (latent tardif, neurologique ou tertiaire) ■ Non précisée 	Nécessaire pour connaître le stade auquel les cas reçoivent un diagnostic; information importante pour former les intervenants et cibler les programmes et les ressources visant à promouvoir l'identification précoce.	Syphilis
Détails de laboratoire			
4. Résistance aux antimicrobiens	Indiqué seulement pour les cas de résistance aux antimicrobiens. Identifie le médicament auquel l'organisme est résistant (liste de médicaments fournie par le Laboratoire national de microbiologie) : <ul style="list-style-type: none"> ■ Pénicilline ■ Spectinomycine ■ Tétracycline ■ Érythromycine ■ Azithromycine ■ Ciprofloxacine ■ Céfixime ■ Ceftriaxone ■ Autre (prière de préciser) 	Nécessaire pour surveiller la propagation des organismes résistants. Utilisé pour élaborer les lignes directrices de traitement et pour instaurer une surveillance accrue.	Gonorrhée
La déclaration au cas par cas par l'ensemble des provinces et territoires permettrait d'améliorer le portrait national des ITS. Les données sur les indicateurs de risque à l'échelle nationale sont actuellement incomplètes, ce qui empêche de procéder à une analyse en profondeur pour faciliter l'interprétation des tendances observées.			

Références

1. Paavonen J, Eggert-Kruse W. *Chlamydia trachomatis: Impact on human reproduction*. Hum Reprod Update 1999;5(5):433-47.
2. Spiliopoulou A, Lakiotis V, Vittoraki A et coll. **Chlamydia trachomatis**: Time for screening? Clin Microbiol Infect 2005;11(9):687-9.
3. Magon T, Kluz S, Chrusciel A et coll. The PCR assessed prevalence of **Chlamydia trachomatis** in aborted tissues. Med Wieku Rozwoj 2005;9(1):43-8.
4. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: What do we know and what do we need to know? Sex Transm Infect 2000;76(2):80-7.
5. Barrett S, Taylor C. A review on pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS 2005;16(11):715-21.
6. Mardh PA. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. Curr Opin Infect Dis 2004;17(1):49-52.
7. Rhoton-Vlasak A. Infections and infertility. Prim Care Update Ob Gyns 2000;7(5):200-6.
8. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L et coll. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect 2000;76(1):28-32.
9. Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A et coll. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. Hum Reprod 2005;20(8):2253-60.
10. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW et coll. Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. J Behav Med 2005;28(2):181-90.
11. Cwikel J, Gidron Y, Heiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;117(2):126-31.
12. Chen TH, Chang SP, Tsai CF et coll. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod 2004;19(10):2313-8.
13. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S et coll. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry 2004;26(5):398-404.
14. Brucker PS, McKenry PC. Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004;33(5):597-603.
15. Dhaliwal LK, Gupta KR, Gopalan S et coll. Psychological aspects of infertility due to various causes – prospective study. Int J Fertil Womens Med 2004;49(1):44-8.
16. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A et coll. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. J Psychosom Res 2003;54(4):353-5.
17. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychological strain in IVF patients. J Assist Reprod Genet 2000;17(8):445-8.
18. Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M et coll. Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: A before-after study. BMC Psychiatry 2005;5(1):25.
19. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N et coll. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. BMC Womens Health 2004;4(1):9.
20. Kopitzke EJ, Berg BJ, Wilson JF et coll. Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: Perspectives of professionals and patients. Fertil Steril 1991;55(6):1137-43.
21. Fenton KA, Ward H. National chlamydia screening programme in England: Making progress. Sex Transm Infect 2004;80(5):331-3.

22. LaMontagne DS, Fenton KA, Randall S et coll. *Establishing the National Chlamydia Screening Programme in England: Results from the first full year of screening*. Sex Transm Infect 2004;80(5):335-41.
23. Hill DR. *The burden of illness in international travelers*. N Engl J Med 2006;354(2):115-7.
24. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTNV). *Déclaration sur les risques d'infections transmises sexuellement chez les voyageurs*. RMTCC 2006;32 (DCC-5):1-24.
25. Hynes NA. *Sexually transmitted diseases in travelers*. Curr Infect Dis Rep 2005;7(2):132-7.
26. World Health Organization. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and estimates*. Geneva: WHO, 2001.
27. World Health Organization. *Infectious diseases of potential risk for travellers*. Geneva: WHO, 2005.
28. Statistics Canada. *The Daily: Characteristics of international travellers*. Ottawa: Statistics Canada, 27 May, 2005.
29. Statistics Canada. *The Daily: Characteristics of international travellers*. Ottawa: Statistics Canada, 28 November, 2005.
30. Health Protection Agency. *The national strategy for sexual health and HIV*. United Kingdom: HPA, 2001.
31. Santé Canada. *Compte rendu de la Réunion nationale de concertation sur les MTS et Objectifs nationaux en matière de prévention et de contrôle des maladies transmises sexuellement au Canada*. RMTCC 1997;23(S6).
32. Kropp RY, Wong T. *Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada*. Can Med Assoc J 2005;172(13):1674-6.
33. Public Health Agency of Canada. *Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections (STI) 2006 Edition*. Ottawa: PHAC, 2006.
34. Mitchell SJ, Engelman J, Kent CK et coll. *Azithromycin-resistant syphilis infection: San Francisco, California, 2000-2004*. Clin Infect Dis 2006;42(3):337-45.
35. Canadian Association for Adolescent Health. *Sexual Behaviour and Lack of Knowledge Threaten Health of Canadian Teens*. 2006. URL: <<http://www.acsa-caah.ca/ang/pdf/misc/research.pdf>>. Accessed 12 July, 2006.
36. The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. *Mapping the issues. HIV and other sexually transmitted infections in the United Kingdom: 2005*. London: HPA, 2005.
37. Patrick D. *Chlamydia control: Components of an effective control strategy to reduce the incidence of Chlamydia trachomatis*. Can J Hum Sex 1997;6(2):143-50.
38. Brunham RC, Pourbohloul B, Mak S et coll. *The unexpected impact of a Chlamydia trachomatis infection control program on susceptibility to reinfection*. J Infect Dis 2005;192(10):1836-44.
39. Department of Health and Ageing, Australian Government. *Chlamydia projects to target high-risk groups*. 2006. URL: <<http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/health-mediareel-yr2006-ta-abb115.htm>>. Accessed 5 September, 2006.
40. Goeree R, Gully PR. *The burden of chlamydial and gonococcal infection in Canada*. In: *Prevention of infertility: Research studies of the Royal Commission on New Reproductive Technologies*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1993.
41. Department of Health. *The National Chlamydia Screening Programme (NCSP)*. 2006. URL: <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SexualHealth/SexualHealthGeneralInformation/SexualHealthGeneralArticle/fs/en?CONTENT_ID=4084098&chk=CSLxsK>. Accessed 5 July, 2006.

42. Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll. *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. McGraw-Hill, 1999.
43. Chen A, Boulton IC, Pongoski J et coll. *Induction of HIV-1 long terminal repeat-mediated transcription by **Neisseria gonorrhoeae***. *AIDS* 2003;17(4):625-8.
44. World Health Organization. *Overcoming antimicrobial resistance*. 2000. URL: <<http://www.who.int/infectious-disease-report/2000/>>. Accessed 12 July, 2006.
45. Patrick D, Shaw C, Rekart ML. *Isolats de **Neisseria gonorrhoeae** obtenus en Colombie-Britannique présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine : Un phénomène d'importation*. *RMTC* 1995;21(15):137-39.
46. Harnett N, Brown S, Riley G et coll. *Sensibilité réduite de **Neisseria gonorrhoeae** aux fluoroquinolones – Ontario, 1992-1994*. *RMTC* 1995;21(3):17-20.
47. GRASP Steering Group. *The Gonococcal Resistance to Antimicrobials Surveillance Programme (GRASP) year 2004 report*. London: HPA, 2005.
48. Ng LK, Martin I, Lau A. *Trends of chromosomally mediated antimicrobial resistance in **Neisseria gonorrhoeae** in Canada: 1994-1999*. *Sex Transm Dis* 2003;30(12):896-900.
49. Hansen L, Wong T, Perrin M. *Gonorrhoea resurgence in Canada*. *Int J STD AIDS* 2003;14(11):727-31.
50. Beltrami JF, Shouse RL, Blake PA. *Trends in infectious diseases and the male to female ratio: Possible clues to changes in behavior among men who have sex with men*. *AIDS Educ Prev* 2005;17(6 Suppl B):49-59.
51. Yukon Government. *A Christmas Reminder to Fight Sexually Transmitted Infections*. 2004. URL: <<http://www.gov.yk.ca/news/2004/04-300.html>>. Accessed 12 July, 2006.
52. Elliott LJ, Blanchard JF, Beaudoin CM et coll. *Geographical variations in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in Manitoba, Canada*. *Sex Transm Infect* 2002;78(Suppl 1):i139-i144.
53. Jayaraman G, Singh AE, Yiannakoulis N et coll. *Variations sous-régionales de l'épidémiologie de **Neisseria gonorrhoea** dans une grande région urbaine de l'Alberta (Canada) : résultats d'analyses spatiales utilisant des données de surveillance recueillies de façon systématique*. *RMTC* 2006;32(4):29-38.
54. Jolly AM, Muth SQ, Wylie JL et coll. *Sexual networks and sexually transmitted infections: A tale of two cities*. *J Urban Health* 2001;78(3):433-45.
55. Singh AE, Romanowski B. *Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features*. *Clin Microbiol Rev* 1999;12(2):187-209.
56. Fleming DT, Wasserheit JN. *From epidemiological synergy to public health policy and practice: The contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection*. *Sex Transm Infect* 1999;75(1):3-17.
57. Jayaraman GC, Read RR, Singh A. *Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada*. *Sex Transm Dis* 2003;30(4):315-9.
58. Patrick DM, Rekart ML, Jolly A et coll. *Heterosexual outbreak of infectious syphilis: Epidemiological and ethnographic analysis and implications for control*. *Sex Transm Infect* 2002;78(Suppl 1):i164-i169.
59. Manitoba Health. *The descriptive epidemiology of sexually transmitted infections (STI) and blood-borne pathogens in Manitoba, 2002-2003*. 2005. URL: <<http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/surveillance/desti.pdf>>. Accessed May, 2006.

60. Alberta Health and Wellness. *Sexually transmitted infections statistical report 2004*. 2005. URL: <http://www.health.gov.ab.ca/public/dis_index.html#STDs>. Accessed April, 2006.
61. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. *Bacterial STIs make a comeback!* 2002. URL: <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmaugust02.pdf>>. Accessed May, 2006.
62. Toronto Public Health. *Infectious syphilis on the rise in Toronto - information for health care providers*. 2005. URL: <http://www.toronto.ca/health/syphilis_infectious.htm>. Accessed April, 2006.
63. Health Canada. *STI Epi Update: Infectious syphilis in Canada*. 2002. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-ae/pi/std-mts/infisyph_e.html>. Accessed April, 2006.
64. *Surge in syphilis prompts warning: Disease breaks out among users of gay bathhouses*. Ottawa Citizen. March 28, 2001.
65. Kuehn BM. *Syphilis rates rise among men: Trends for other STDs mixed*. JAMA 2005; 294(24):3072-73.
66. Stolte IG, de Wit JB, Kolader M et coll. *Association between 'safer sex fatigue' and rectal gonorrhea is mediated by unsafe sex with casual partners among HIV-positive homosexual men*. Sex Transm Dis 2006;33(4):201-8.
67. Agence de santé publique du Canada. *Rapport de surveillance canadien 2002 sur les infections transmises sexuellement*. RMTC 2005; 31(S2):1-39.
68. Centers for Disease Control and Prevention. *Primary and secondary syphilis-United States, 2003-2004*. MMWR 2006;55:270-3.
69. Gene M, Ledger WJ. *Syphilis in pregnancy*. Sex Transm Infect 2000;(76):73-9.
70. Jones H, Taylor D, Montgomery CA et coll. *Prenatal and congenital syphilis in British Columbia*. J Obstet Gynaecol Can 2005;27(5):467-72.
71. Simms I, Ward H. *Congenital syphilis in the United Kingdom*. Sex Transm Infect 2006;82:1.
72. Marcus U, Bremer V, Hamouda O et coll. *Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: Changes in risk behaviour from risk avoidance to risk reduction*. Sex Transm Dis 2006;33(1):11-7.
73. Riedner G, Rusizoka M, Todd J et coll. *Single-dose azithromycin versus penicillin G benzathine for the treatment of early syphilis*. N Engl J Med 2005;353(12):1236-44.
74. Centers for Disease Control and Prevention. *Azithromycin treatment failures in syphilis infections - San Francisco, California, 2002-2003*. MMWR 2004;53(9):197-8.
75. Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ et coll. *Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland*. N Engl J Med 2004;351(2):154-8.
76. Chauhan M, Serisha B, Sankar KN et coll. *Audit of the use of benzathine penicillin, post-treatment syphilis serology and partner notification of patients with early infectious syphilis*. Int J STD AIDS 2006;17(3):200-2.
77. Public Health Agency of Canada. *HIV and AIDS in Canada. Surveillance report to December 31, 2004*. Ottawa: PHAC, 2005.
78. Public Health Agency of Canada. *HIV/AIDS Epi Updates, May 2005*. Ottawa: PHAC, 2005.
79. Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J et coll. *Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. Survey of HPV in Ontario Women (SHOW) Group*. Can Med Assoc J 2000;163(5):503-8.

80. Richardson H, Franco E, Pintos J et coll. *Determinants of low-risk and high-risk cervical human papillomavirus infections in Montreal University students.* Sex Transm Dis 2000;27(2):79-86.
81. Richardson H, Kelsall G, Tellier P et coll. *The natural history of type-specific human papillomavirus infections in female university students.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2003;12(6):485-90.
82. Baseman JG, Koutsky LA. *The epidemiology of human papillomavirus infections.* J Clin Virol 2005;32 Suppl 1:S16-S24.
83. Bauer HM, Ault K. *Human papillomavirus: current prevalence and future protection.* Sex Transm Dis 2006;33(8):509-11.
84. Healey SM, Aronson KJ, Mao Y et coll. *Oncogenic human papillomavirus infection and cervical lesions in aboriginal women of Nunavut, Canada.* Sex Transm Dis 2001;28(12):694-700.
85. Ratnam S, Franco EL, Ferenczy A. *Human papillomavirus testing for primary screening of cervical cancer precursors.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000;9(9):945-51.
86. Patrick DM, Dawar M, Cook DA et coll. *Antenatal seroprevalence of herpes simplex virus type 2 (HSV-2) in Canadian women: HSV-2 prevalence increases throughout the reproductive years.* Sex Transm Dis 2001;28(7):424-8.
87. Kropp RY, Wong T, Cormier L et coll. *Neonatal herpes simplex virus infections in Canada: Results of a 3-year national prospective study.* Pediatrics 2006;117(6):1955-62.
88. Howard M, Sellors JW, Jang D et coll. *Regional distribution of antibodies to herpes simplex virus type 1 (HSV-1) and HSV-2 in men and women in Ontario, Canada.* J Clin Microbiol 2003;41(1):84-9.
89. Singh AE, Romanowski B, Wong T et coll. *Herpes simplex virus seroprevalence and risk factors in 2 Canadian sexually transmitted disease clinics.* Sex Transm Dis 2005;32(2):95-100.
90. Fletcher S. *Sexual transmission of hepatitis C and early intervention.* J Assoc Nurses AIDS Care 2003;15(5 Suppl):87S-94S.
91. Ghosn J, Thibault V, Duvivier C et coll. *Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men.* HIV Med 2004;5(4):303-6.
92. Browne R, Nelson M, Gazzard B et coll. *Increased numbers of acute hepatitis C infections in HIV positive homosexual men; is sexual transmission feeding the increase?* Sex Transm Infect 2004;80(4):326-7.
93. Giuliani M, Caprilli F, Gentili G et coll. *Incidence and determinants of hepatitis C virus infection among individuals at risk of sexually transmitted diseases attending a human immunodeficiency virus type 1 testing program.* Sex Transm Dis 1997;24(9):533-7.
94. Wu HX, Wu J, Wong T et coll. *Enhanced surveillance of newly acquired hepatitis C virus infection in Canada, 1998 to 2004.* Scand J Infect Dis 2006;38(6-7):482-9.
95. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation, 6^e éd.* Ottawa : Santé Canada, 2002.
96. Public Health Agency of Canada. *Street youth in Canada: Findings from enhanced surveillance of Canadian street youth, 1999-2003.* Ottawa: PHAC, March, 2006.
97. SAS Institute Inc. *SAS/STAT® 9 User's Guide, Volumes 1, 2, 3.* Cary, NC: SAS Institute Inc., 2002.
98. Rietmeijer CA. *Risk reduction counseling for STI prevention - How it works and how to make it work.* Sex Transm Infect 2006; URL: <<http://sti.bmj.com/cgi/rapidpdf/sti.2005.017319v1>>.

99. Muennig P, Cormier L, Nguyen T. *Cost-benefit analysis of syphilis prevention strategies in immigrants to Canada*. Ottawa: Office of Special Health Initiatives, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada, 1998.
100. Patrick DM, Wong T, Jordan RA. *Sexually transmitted infections in Canada: Recent resurgence threatens national goals*. Can J Human Sexuality 2000;9(3):149-65.

ANNEXE I

Tableau 1.1 Cas déclarés et taux¹ de la chlamydie génitale au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2004²

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
1991	Cas												
	Homme	8 835	9	5	1	37	1 753	3 480	1 853	1 141	334	22	200
	Femme	26 918	17	13	12	530	10 259	9 489	3 657	1 926	410	26	579
	Non spécifié	10 216	0	0	0	1	8	10	5	0	1	0	10 191
	Total	45 969	26	18	13	568	12 020	12 979	5 515	3 067	745	48	10 970
	Taux												
	Homme	63,6	4,3	0,6	0,1	3,8	176,9	327,6	145,9	46,2	10,4	1,1	
1992	Cas												
	Homme	10 811	24	7	3	32	2 047	4 290	2 122	1 423	400	34	429
	Femme	35 363	23	16	14	605	13 235	12 466	4 550	2 407	526	58	1 463
	Non spécifié	191	0	1	0	0	9	18	6	3	0	1	153
	Total	46 365	47	24	17	637	15 291	16 774	6 678	3 833	926	93	2 045
	Taux												
	Homme	76,9	11,6	0,9	0,3	3,2	206,6	406,8	172,4	56,6	12,2	1,7	
1993	Cas												
	Homme	10 621	9	4	6	51	2 077	4 132	2 250	1 490	451	27	124
	Femme	33 379	18	11	11	600	12 744	12 012	4 558	2 542	500	40	343
	Non spécifié	22	0	0	0	0	4	1	2	3	0	0	12
	Total	44 022	27	15	17	651	14 825	16 145	6 810	4 035	951	67	479
	Taux												
	Homme	74,7	4,5	0,5	0,6	5,1	208,9	395,3	189,9	58,1	13,3	1,3	
1994	Cas												
	Homme	10 006	20	2	4	33	1 914	3 859	2 022	1 544	460	38	110
	Femme	31 176	27	13	13	577	11 567	11 282	4 165	2 669	589	40	234
	Non spécifié	53	0	0	0	0	5	16	9	5	0	0	18
	Total	41 235	47	15	17	610	13 486	15 157	6 196	4 218	1 049	78	362
	Taux												
	Homme	69,6	10,1	0,2	0,4	3,2	190,0	372,7	177,0	59,4	13,2	1,9	
1995	Cas												
	Homme	9 085	24	6	3	21	1 721	3 478	1 848	1 484	398	33	69
	Femme	28 451	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31	191
	Non spécifié	15	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	9
	Total	37 551	56	11	13	487	12 427	13 976	5 594	3 796	858	64	269
	Taux												
	Homme	62,5	12,2	0,7	0,3	2,0	168,7	338,5	166,4	56,6	11,0	1,6	

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
1996	Cas Homme	8 317	9	1	0	23	1 524	3 128	1 745	1 372	436	22	57
	Femme	26 062	14	9	14	435	9 752	9 439	3 549	2 134	530	26	160
	Non spécifié	20	0	0	0	0	6	5	1	2	0	0	6
	Total	34 399	23	10	14	458	11 282	12 572	5 295	3 508	966	48	223
	Taux Homme	56,6	4,6	0,1	0,0	2,2	147,2	305,5	159,6	52,3	11,7	1,0	
	Femme	174,0	7,5	1,2	1,4	44,5	997,1	956,7	331,7	82,6	14,1	1,0	
1997	Total	115,9	6,0	0,6	0,7	22,8	560,5	625,3	244,7	67,3	12,9	1,0	
	Cas Homme	8 714	7	0	0	18	1 510	3 260	1 783	1 559	484	21	72
	Femme	25 406	15	3	10	378	9 588	9 170	3 458	2 103	512	33	136
	Non spécifié	24	1	0	0	0	4	4	1	0	1	0	13
	Total	34 144	23	3	10	396	11 102	12 434	5 242	3 662	997	54	221
	Taux Homme	58,7	3,8	0,0	0,0	1,7	144,7	316,1	164,3	59,8	12,5	1,0	
1998	Femme	167,8	8,7	0,4	1,0	38,5	971,3	924,1	325,8	81,9	13,2	1,2	
	Total	113,9	6,5	0,2	0,5	19,6	546,7	614,5	244,2	70,8	12,8	1,1	
	Cas Homme	11 041	8	0	3	36	1 934	4 094	2 338	1 934	609	32	53
	Femme	27 956	12	7	12	413	10 599	10 087	3 857	2 299	509	29	132
	Non spécifié	37	1	0	0	0	4	4	4	2	0	0	22
	Total	39 034	21	7	15	449	12 537	14 185	6 199	4 235	1 118	61	207
1999	Taux Homme	73,7	4,5	0,0	0,3	3,5	183,8	394,1	217,0	75,1	15,2	1,5	
	Femme	183,1	7,1	0,9	1,2	42,0	1 063,7	1 011,8	366,4	90,7	12,7	1,1	
	Total	129,0	6,1	0,5	0,7	22,2	612,0	696,8	291,0	82,9	13,9	1,2	
	Cas Homme	12 287	15	3	3	31	1 976	4 702	2 538	2 198	722	49	50
	Femme	29 813	11	7	9	429	11 428	10 740	4 040	2 371	616	20	142
	Non spécifié	41	0	0	0	0	12	7	3	1	1	0	17
2000	Total	42 141	26	10	12	460	13 416	15 449	6 581	4 570	1 339	69	209
	Taux Homme	81,4	8,7	0,4	0,3	3,0	186,7	446,3	237,0	86,4	17,5	2,2	
	Femme	193,6	6,7	1,0	0,9	43,5	1 138,3	1 064,6	386,1	94,8	14,8	0,7	
	Total	138,2	7,7	0,7	0,6	22,7	650,6	749,1	310,8	90,6	16,2	1,4	
	Cas Homme	13 539	11	2	1	30	2 335	5 013	2 786	2 366	875	45	75
	Femme	32 868	9	6	6	474	12 454	11 993	4 365	2 692	708	29	132
2001	Non spécifié	32	0	0	0	0	4	9	5	1	1	0	12
	Total	46 439	20	8	7	504	14 793	17 015	7 156	5 059	1 584	74	219
	Taux Homme	88,9	6,4	0,3	0,1	2,9	219,4	470,4	260,6	94,2	20,6	2,0	
	Femme	211,6	5,5	0,8	0,6	47,5	1 234,3	1 175,7	417,9	109,0	16,6	1,0	
	Total	150,9	6,0	0,6	0,3	24,6	713,5	815,7	338,5	101,5	18,6	1,4	
	Cas Homme	15 242	14	0	0	38	2 545	5 769	3 172	2 636	951	51	66
2002	Femme	34 728	26	5	3	503	12 905	12 716	4 755	2 872	754	30	159
	Non spécifié	107	0	0	0	1	28	42	16	7	1	0	12
	Total	50 077	40	5	3	542	15 478	18 527	7 943	5 515	1 706	81	237
	Taux Homme	99,2	8,2	0,0	0,0	3,6	233,8	534,5	301,3	107,2	21,8	2,2	
	Femme	221,8	16,0	0,7	0,3	49,6	1 255,1	1 233,4	465,7	118,8	17,1	1,0	
	Total	161,4	12,0	0,4	0,1	26,1	731,2	877,9	383,1	113,1	19,4	1,6	
2002	Cas Homme	17 451	4	1	1	26	2 768	6 625	3 721	2 998	1 178	69	60
	Femme	38 776	8	1	6	537	14 109	14 461	5 368	3 297	833	24	132
	Non spécifié	39	0	0	0	1	2	7	4	1	0	0	24
	Total	56 266	12	2	7	564	16 879	21 093	9 093	6 296	2 011	93	216
	Taux Homme	112,3	2,4	0,1	0,1	2,4	253,2	602,6	349,6	123,6	26,2	2,9	
	Femme	244,9	5,0	0,1	0,6	52,3	1 364,5	1 375,9	519,4	138,2	18,4	0,8	
2002	Total	179,4	3,7	0,1	0,4	26,8	793,5	980,9	433,4	130,8	22,3	1,7	

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
2003	Cas												
	Homme	19 010	5	1	0	25	2 911	7 296	4 094	3 292	1 252	72	62
	Femme	40 943	14	2	2	570	14 778	15 451	5 663	3 458	876	26	103
	Non spécifié	30	0	0	0	1	3	4	3	3	4	0	12
	Total	59 983	19	3	2	596	17 692	22 751	9 760	6 753	2 132	98	177
	Taux												
	Homme	121,2	3,0	0,1	0,0	2,3	267,0	651,1	380,3	138,3	27,1	2,9	
2004	Femme	256,2	8,7	0,3	0,2	55,1	1 430,0	1 443,6	541,4	147,6	18,8	0,9	
	Total	189,4	5,8	0,2	0,1	28,1	833,0	1 038,4	459,8	143,0	23,0	1,8	
	Cas												
	Homme	20 491	8	0	1	22	3 062	7 980	4 463	3 317	1 495	91	52
	Femme	42 440	12	2	6	535	14 939	16 170	5 933	3 684	1 042	42	75
	Non spécifié	40	0	0	0	0	5	11	9	1	2	0	12
	Total	62 971	20	2	7	557	18 006	24 161	10 405	7 002	2 539	133	139
2004	Taux												
	Homme	129,5	4,7	0,0	0,1	2,0	280,9	702,1	408,3	142,0	31,7	3,6	
	Femme	263,2	7,4	0,3	0,6	51,8	1 443,6	1 489,4	557,6	160,1	21,9	1,4	
2004	Total	197,1	6,0	0,1	0,4	26,3	847,4	1 087,3	482,4	151,0	26,8	2,4	

Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées de 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

**Tableau 1.2 Cas déclarés et taux¹ de la chlamydiae génitale au Canada
selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2004²**

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	L.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt ³
1991	Cas	Homme	8 835	74	22	395	0	3 311	2 592	1 213	903	0	0	53	272
		Femme	26 918	518	73	1 832	0	9 334	8 515	3 338	2 388	0	0	144	776
		Total*	45 969	594	96	2 230	0	12 681	11 110	4 551	3 291	6 909	3 261	198	1 048
	Taux	Homme	63.6	25.5	34.2	87.5	0.0	95.2	50.3	220.5	180.8	0.0	0.0	350.3	850.1
		Femme	190.4	179.3	110.8	395.1	0.0	260.3	161.5	596.7	474.4	0.0	0.0	1 044.7	2 681.9
		Total*	164.0	102.5	73.7	243.7	0.0	179.5	106.5	410.2	328.2	266.5	96.7	684.8	1 720.0
1992	Cas	Homme	10 811	32	43	325	230	2 737	2 905	865	594	1 431	1 386	46	217
		Femme	35 363	417	148	1 321	1 109	7 595	9 915	2 425	1 814	4 881	4 910	146	682
		Total*	46 365	450	204	1 646	1 339	10 361	12 830	3 290	2 408	6 312	6 434	192	899
	Taux	Homme	76.9	11.0	66.5	71.7	62.0	78.1	55.6	156.7	118.8	107.8	80.1	290.8	662.5
		Femme	247.1	144.0	223.5	283.3	293.9	210.5	185.4	432.1	359.8	373.5	282.2	1 012.0	2 299.7
		Total*	163.4	77.6	155.9	179.0	178.9	145.7	121.4	295.6	239.8	239.6	185.4	634.9	1 440.4
1993	Cas	Homme	10 621	51	24	324	179	2 513	3 504	859	644	1 190	1 051	36	246
		Femme	33 379	412	110	1 134	887	7 129	10 529	2 400	1 665	4 006	4 251	130	726
		Total*	44 022	463	139	1 459	1 066	9 647	14 041	3 259	2 309	5 199	5 302	166	972
	Taux	Homme	74.7	17.6	36.7	71.3	48.1	71.2	66.4	154.9	128.5	88.4	59.0	225.0	738.0
		Femme	230.5	142.1	164.2	241.8	234.8	196.2	194.5	425.6	329.2	302.3	237.3	889.4	2 402.8
		Total*	153.4	79.8	105.0	158.0	142.2	134.6	131.3	291.4	229.3	194.7	148.5	542.1	1 529.5
1994	Cas	Homme	10 006	60	22	392	174	2 043	3 257	815	665	1 164	1 126	37	251
		Femme	31 176	296	85	1 052	743	5 783	10 196	2 260	1 832	3 845	4 217	116	751
		Total*	41 235	356	109	1 446	917	7 837	13 465	3 075	2 497	5 010	5 368	153	1 002
	Taux	Homme	69.6	20.9	33.3	86.1	46.7	57.5	61.0	146.3	132.3	85.4	61.4	235.8	734.8
		Femme	212.8	102.9	125.6	223.4	196.4	158.2	185.9	398.8	361.2	286.5	228.3	808.2	2 422.7
		Total*	142.0	61.9	81.5	156.1	122.1	108.7	124.4	273.6	247.3	185.2	145.8	509.2	1 537.8
1995	Cas	Homme	9 085	45	27	282	164	1 759	2 931	782	612	1 167	1 057	34	225
		Femme	28 451	227	85	884	598	5 278	9 157	2 226	1 737	3 851	3 602	122	689
		Total*	37 551	272	112	1 167	762	7 048	12 090	3 008	2 344	5 018	4 660	156	914
	Taux	Homme	62.5	15.9	40.6	61.9	44.0	49.3	54.2	139.6	121.3	84.6	56.1	210.9	645.0
		Femme	192.0	79.8	124.5	187.3	157.9	143.8	164.7	390.8	340.9	283.2	189.7	826.3	2 174.0
		Total*	127.9	47.9	83.1	125.8	101.4	97.3	110.3	266.2	231.1	183.1	123.1	505.1	1 372.9
1996	Cas	Homme	8 317	60	34	200	168	1 640	2 578	598	659	1 183	917	39	241
		Femme	26 062	219	97	873	665	5 006	8 025	1 961	1 577	3 685	3 191	105	658
		Total*	34 399	279	131	1 074	833	6 655	10 605	2 559	2 236	4 868	4 116	144	899
	Taux	Homme	56.6	21.5	50.6	43.8	44.9	45.7	47.1	106.3	129.9	84.5	47.4	234.1	681.1
		Femme	174.0	77.9	140.6	184.0	175.4	135.8	142.5	342.8	307.8	267.0	163.8	687.3	2 044.4
		Total*	115.9	49.8	96.2	115.3	110.6	91.5	95.5	225.6	219.3	175.1	106.0	450.9	1 330.5
1997	Cas	Homme	8 714	57	39	241	191	1 608	2 807	601	716	1 101	1 002	34	317
		Femme	25 406	278	100	885	625	4 758	7 750	1 986	1 601	3 446	3 110	139	728
		Total*	34 144	335	139	1 127	819	6 380	10 559	2 587	2 317	4 547	4 116	173	1 045
	Taux	Homme	58.7	20.7	57.8	52.6	51.0	44.6	50.6	106.6	140.8	77.0	50.8	202.4	894.0
		Femme	167.8	99.9	144.1	185.9	164.4	128.6	135.9	346.7	311.7	244.8	156.4	900.4	2 255.4
		Total*	113.9	60.5	101.6	120.6	108.6	87.4	93.9	227.6	226.7	160.3	103.9	536.6	1 542.8
1998	Cas	Homme	11 041	81	34	271	224	1 982	3 727	804	787	1 361	1 340	53	377
		Femme	27 956	294	110	938	735	5 268	8 724	2 148	1 612	3 834	3 422	124	747
		Total*	39 034	375	144	1 216	959	7 264	12 458	2 954	2 399	5 195	4 769	177	1 124
	Taux	Homme	73.7	29.9	50.5	59.0	60.0	54.9	66.4	142.5	154.5	92.8	67.4	323.5	1 070.6
		Femme	183.1	107.0	158.1	196.6	193.4	142.0	151.2	374.4	312.8	266.2	170.3	819.1	2 315.2
		Total*	129.0	68.8	105.2	129.9	127.3	99.2	109.4	259.6	234.1	178.7	119.3	561.5	1 665.7

Année	Province/territoire															
		Canada	T.-N.-L	I.-P.-É	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O	Nt ³	
1999	Cas	Homme	12 287	98	43	296	323	2 136	4 220	865	871	1 472	1 504	49	410	
		Femme	29 813	335	105	1 055	813	5 813	9 030	2 102	1 785	3 944	3 895	127	809	
		Total*	42 141	433	148	1 364	1 136	7 968	13 256	2 967	2 656	5 416	5 402	176	1 219	
	Taux	Homme	81.4	36.6	63.6	64.2	86.5	58.9	74.3	152.7	170.9	98.5	75.1	305.4	1 161.2	
		Femme	193.6	122.8	149.9	220.3	213.4	156.1	154.6	365.0	346.0	269.1	192.2	847.2	2 485.3	
		Total*	138.2	80.1	107.6	145.1	150.6	108.4	115.0	259.7	259.0	183.0	134.1	567.0	1 796.4	
2000	Cas	Homme	13 539	103	69	298	327	2 199	4 799	967	968	1 705	1 691	45	140	228
		Femme	32 868	451	162	1 103	916	6 461	9 796	2 296	1 968	4 296	4 498	101	344	476
		Total*	46 439	554	231	1 405	1 243	8 678	14 603	3 263	2 936	6 001	6 191	146	484	704
	Taux	Homme	88.9	38.7	101.8	64.6	87.5	60.4	83.3	170.2	190.8	112.3	83.9	285.3	662.6	1 591.2
		Femme	211.6	166.4	230.4	229.7	240.2	172.9	165.5	397.4	382.4	288.2	220.1	682.1	1 739.4	3 636.4
		Total*	150.9	103.1	167.3	149.3	164.6	117.6	125.0	284.7	287.3	199.4	152.5	477.4	1 183.2	2 567.6
2001	Cas	Homme	15 242	130	41	368	312	2 884	5 428	930	1 060	1 950	1 729	39	163	208
		Femme	34 728	463	109	1 232	889	7 307	10 779	2 330	2 042	4 513	4 209	92	370	393
		Total*	50 077	593	150	1 603	1 202	10 214	16 217	3 261	3 170	6 463	5 938	132	533	601
	Taux	Homme	99.2	50.5	61.5	80.6	84.2	79.1	92.3	162.9	213.1	126.2	85.4	254.6	772.6	1 417.6
		Femme	221.8	174.8	155.8	258.8	234.4	194.9	179.1	401.4	406.2	298.5	204.9	621.2	1 876.0	2 922.4
		Total*	161.4	113.6	109.8	171.9	160.3	138.1	136.3	283.3	317.0	211.4	145.6	438.1	1 305.7	2 137.2
2002	Cas	Homme	17 451	107	42	330	369	3 053	6 191	977	1 280	2 249	2 333	48	198	274
		Femme	38 776	415	103	1 241	944	7 975	11 905	2 391	2 333	5 112	5 316	93	402	546
		Total*	56 266	522	145	1 574	1 313	11 055	18 101	3 371	3 613	7 361	7 650	141	600	820
	Taux	Homme	112.3	41.9	62.9	72.1	99.6	83.1	103.5	170.5	258.6	142.8	114.3	314.3	923.6	1 832.5
		Femme	244.9	157.3	146.7	260.4	248.6	211.4	194.4	410.4	465.8	331.7	256.3	625.6	2 005.0	3 960.3
		Total*	179.4	100.5	105.9	168.4	175.0	148.5	142.6	291.7	362.8	236.2	185.9	467.9	1 446.2	2 853.3
2003	Cas	Homme	19 010	119	52	382	408	3 421	6 737	1 112	1 345	2 481	2 501	53	179	220
		Femme	40 943	523	134	1 162	974	8 774	12 335	2 576	2 404	5 421	5 631	127	367	515
		Total*	59 983	642	186	1 552	1 382	12 212	19 076	3 688	3 749	7 902	8 133	180	546	735
	Taux	Homme	121.2	46.7	77.8	83.3	110.0	92.5	111.2	193.0	272.1	155.4	121.4	342.8	820.3	1 458.2
		Femme	256.2	198.5	190.3	243.2	256.1	231.1	198.9	440.1	480.6	346.8	268.9	840.1	1 797.4	3 658.2
		Total*	189.4	123.8	135.5	165.8	184.0	163.0	155.6	317.5	377.0	250.1	195.8	588.7	1 292.6	2 520.1
2004	Cas	Homme	20 491	162	56	396	390	3 615	7 384	1 390	1 297	2 741	2 783	70	207	N/A
		Femme	42 440	622	142	1 194	958	9 214	13 024	2 804	2 372	5 597	6 014	126	373	N/A
		Total*	62 971	784	198	1 592	1 348	12 844	20 427	4 194	3 670	8 338	8 799	197	580	N/A
	Taux	Homme	129.5	63.7	83.4	86.2	105.0	97.1	120.5	239.3	262.59	169.3	133.6	448.6	937.0	N/A
		Femme	263.2	236.5	200.7	249.7	251.6	241.0	207.4	475.8	474.05	353.0	283.8	826.1	1 796.7	N/A
		Total*	187.1	151.6	143.6	169.8	179.2	170.2	164.6	358.4	369.1	260.2	209.4	638.5	1 353.5	N/A

Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

Nous ne disposons pas des données datant d'avant 2000, car le Nunavut est devenu un territoire canadien en avril 1999. Les données de 1999 ont été incorporées à celles des T.N.-O.

* Le total comporte des cas dont le sexe n'a pas été précisé.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

Tableau 2.1 Cas déclarés et taux¹ de la gonorrhée au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1980-2004²

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
1980	Cas												
	Homme	32 555	10	0	6	43	3 921	10 821	7 505	6 542	2 241	173	1 293
	Femme	20 485	18	36	34	193	6 075	7 234	3 280	1 962	436	31	1 186
	Non spécifié	231	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	229
	Total	53 271	28	36	40	236	9 997	18 055	10 786	8 504	2 677	204	2 708
	Taux												
1981	Homme	266,6	5,3	0,0	0,6	4,3	317,8	884,1	678,2	355,9	89,4	12,0	
	Femme	166,5	10,1	5,2	3,9	20,1	513,1	602,5	298,4	110,0	17,4	1,7	
	Total	217,3	7,7	2,5	2,2	12,0	413,5	744,7	489,0	234,8	53,4	6,3	
	Cas												
	Homme	34 337	5	5	8	54	4 435	11 991	7 906	6 959	2 179	149	646
	Femme	21 863	10	28	33	219	6 932	8 034	3 487	2 110	476	33	501
1982	Non spécifié	130	0	0	0	0	2	3	2	1	0	0	122
	Total	56 330	15	33	41	273	11 369	20 028	11 395	9 070	2 655	182	1 269
	Taux												
	Homme	278,0	2,7	0,7	0,9	5,4	366,2	959,2	700,1	366,1	85,8	10,0	
	Femme	175,3	5,6	4,0	3,8	23,2	598,6	654,7	310,8	113,9	18,8	1,8	
	Total	227,0	4,1	2,3	2,3	14,1	479,9	808,5	506,2	241,6	52,3	5,4	
1983	Cas												
	Homme	32 078	5	3	1	46	4 063	11 239	7 309	6 399	2 169	147	697
	Femme	20 893	8	22	32	211	6 563	7 816	3 363	1 899	422	21	536
	Non spécifié	101	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	96
	Total	53 072	13	25	33	257	10 626	19 058	10 674	8 298	2 591	168	1 329
	Taux												
1984	Homme	256,8	2,6	0,4	0,1	4,7	345,9	890,9	627,9	326,1	84,4	9,6	
	Femme	165,5	4,4	3,1	3,7	22,7	587,0	634,0	290,5	98,9	16,5	1,1	
	Total	211,3	3,5	1,7	1,8	13,4	463,5	764,0	459,8	213,8	50,5	4,8	
	Cas												
	Homme	27 006	10	2	3	32	3 223	9 455	6 186	5 592	1 801	116	586
	Femme	18 148	6	19	31	185	5 469	6 904	2 934	1 719	414	25	442
1985	Non spécifié	111	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	104
	Total	45 265	16	21	34	217	8 692	16 364	9 120	7 311	2 217	141	1 132
	Taux												
	Homme	214,2	5,3	0,3	0,3	3,3	286,9	743,2	518,7	277,7	69,0	7,4	
	Femme	142,3	3,3	2,7	3,5	20,1	512,4	558,9	247,7	86,9	16,0	1,2	
	Total	178,4	4,3	1,4	1,9	11,5	396,7	652,6	383,7	183,1	42,6	3,9	
1986	Cas												
	Homme	25 852	7	2	3	51	3 094	9 024	5 966	5 226	1 828	98	553
	Femme	17 924	4	22	26	240	5 501	6 832	2 792	1 677	365	23	442
	Non spécifié	98	0	0	0	0	4	2	0	1	0	0	91
	Total	43 874	11	24	29	291	8 599	15 858	8 758	6 904	2 193	121	1 086
	Taux												
1987	Homme	203,2	3,7	0,3	0,3	5,3	288,2	704,9	491,8	252,6	69,0	6,1	
	Femme	139,1	2,2	3,1	3,0	26,4	540,0	553,6	232,6	82,1	13,9	1,1	
	Total	171,3	3,0	1,6	1,6	15,6	410,9	630,7	362,9	168,0	41,5	3,3	
	Cas												
	Homme	23 277	8	1	4	41	2 804	8 545	5 091	4 484	1 522	88	689
	Femme	17 399	5	19	26	207	5 448	6 445	2 666	1 598	349	18	618
1988	Non spécifié	61	0	0	0	0	2	3	1	0	0	0	55
	Total	40 737	13	20	30	248	8 254	14 993	7 758	6 082	1 871	106	1 362
	Taux												
	Homme	181,4	4,2	0,1	0,4	4,4	270,5	670,4	413,9	210,6	56,5	5,4	
	Femme	133,7	2,8	2,6	2,9	23,0	554,9	526,6	220,2	75,8	13,1	0,8	
	Total	157,6	3,5	1,4	1,7	13,5	409,0	600,1	317,9	143,5	34,9	2,8	
1989	Cas												
	Homme	19 458	7	1	6	34	2 715	7 042	4 542	3 413	1 164	100	434
	Femme	15 744	7	23	21	227	5 128	5 690	2 513	1 394	320	28	393
	Non spécifié	85	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	81
	Total	35 287	14	24	27	261	7 843	12 732	7 058	4 808	1 484	128	908
	Taux												
1990	Homme	150,2	3,7	0,1	0,6	3,7	266,0	563,5	362,5	156,3	42,3	5,9	
	Femme	119,7	3,9	3,2	2,4	25,6	530,3	475,6	205,1	64,3	11,7	1,3	
	Total	135,2	3,8	1,6	1,5	14,4	394,6	520,5	284,8	110,5	27,1	3,3	

Année	Groupe d'âge (ans)													
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS	
1987	Cas	Homme	14 755	3	7	4	35	2 288	5 361	3 307	2 447	897	74	332
		Femme	12 923	6	18	30	195	4 357	4 578	2 017	1 084	298	17	323
		Non spécifié	240	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	239
		Total	27 918	9	25	34	230	6 646	9 939	5 324	3 531	1 195	91	894
	Taux	Homme	112,4	1,6	0,9	0,4	3,8	227,7	443,5	259,2	109,6	31,6	4,3	
		Femme	97,0	3,3	2,5	3,3	21,9	456,9	396,5	162,5	48,9	10,6	0,8	
		Total	105,6	2,4	1,7	1,8	12,6	339,3	420,6	211,5	79,4	21,2	2,3	
1988	Cas	Homme	10 381	2	1	4	26	1 558	3 604	2 395	1 840	667	48	236
		Femme	9 501	5	11	25	139	3 209	3 293	1 531	828	220	14	226
		Non spécifié	220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	220
		Total	20 102	7	12	29	165	4 767	6 897	3 926	2 668	887	62	682
	Taux	Homme	78,1	1,1	0,1	0,4	2,8	156,2	312,5	185,3	80,5	22,8	2,7	
		Femme	70,3	2,8	1,5	2,7	15,5	338,7	298,2	121,7	36,4	7,6	0,6	
		Total	75,0	1,9	0,8	1,5	9,0	245,1	305,5	153,9	58,5	15,2	1,5	
1989	Cas	Homme	10 278	7	1	2	26	1 503	3 355	2 345	2 009	735	54	241
		Femme	8 778	3	22	18	144	3 083	2 850	1 445	822	221	10	160
		Non spécifié	54	0	1	0	0	1	3	2	2	0	0	45
		Total	19 110	10	24	20	170	4 587	6 208	3 792	2 833	956	64	446
	Taux	Homme	76,0	3,6	0,1	0,2	2,7	151,1	301,4	178,5	85,1	24,3	3,0	
		Femme	63,8	1,6	3,0	1,9	15,9	326,2	265,7	113,0	35,1	7,4	0,4	
		Total	70,0	2,6	1,6	1,1	9,2	236,4	284,0	146,2	60,2	15,9	1,5	
1990	Cas	Homme	7 681	5	1	3	21	1 140	2 373	1 791	1 553	553	57	184
		Femme	6 024	9	13	9	139	2 168	1 911	918	564	176	10	107
		Non spécifié	117	1	0	0	0	3	7	1	4	0	0	101
		Total	13 822	15	14	12	160	3 311	4 291	2 710	2 121	729	67	392
	Taux	Homme	55,9	2,4	0,1	0,3	2,2	114,6	219,5	136,9	64,2	17,8	3,0	
		Femme	43,1	4,6	1,7	1,0	15,2	229,8	183,2	72,0	23,4	5,7	0,4	
		Total	49,9	3,7	0,9	0,6	8,5	170,8	202,0	104,9	44,0	11,8	1,6	
1991	Cas	Homme	7 086	4	0	0	22	576	1 141	897	831	344	41	3 230
		Femme	5 352	2	12	3	109	1 082	958	454	319	93	5	2 315
		Non spécifié	19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	18
		Total	12 457	6	12	3	131	1 658	2 100	1 351	1 150	437	46	5 563
	Taux	Homme	51,0	1,9	0,0	0,0	2,3	58,1	107,4	70,6	33,6	10,7	2,1	
		Femme	37,9	1,0	1,6	0,3	11,8	115,5	93,4	36,7	13,0	2,9	0,2	
		Total	44,4	1,5	0,8	0,2	6,9	86,0	100,6	53,9	23,3	6,8	1,0	
1992	Cas	Homme	5 148	8	0	1	19	781	1 485	1 175	1 138	428	51	62
		Femme	4 093	7	9	6	140	1 644	1 195	582	381	85	12	32
		Non spécifié	12	0	0	0	0	2	2	4	1	1	0	2
		Total	9 253	15	9	7	159	2 427	2 682	1 761	1 520	514	63	96
	Taux	Homme	36,6	3,9	0,0	0,1	1,9	78,8	140,8	95,5	45,3	13,0	2,6	
		Femme	28,6	3,6	1,2	0,6	14,9	175,4	117,5	48,4	15,2	2,6	0,5	
		Total	32,6	3,7	0,6	0,4	8,2	125,9	129,5	72,4	30,3	7,8	1,4	
1993	Cas	Homme	3 738	1	1	3	8	596	1 013	884	845	323	26	38
		Femme	3 086	0	11	3	88	1 185	997	402	298	79	4	19
		Non spécifié	8	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	3
		Total	6 832	1	12	7	97	1 783	2 010	1 286	1 143	402	31	60
	Taux	Homme	26,3	0,5	0,1	0,3	0,8	59,9	96,9	74,6	33,0	9,5	1,3	
		Femme	21,3	0,0	1,4	0,3	9,2	126,0	99,1	34,8	11,7	2,3	0,2	
		Total	23,8	0,3	0,7	0,4	5,0	92,2	98,0	54,9	22,4	5,9	0,7	

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
1994	Cas Homme	3 478	3	0	1	10	433	796	821	971	386	34	23
	Femme	2 645	1	4	3	83	947	817	363	293	92	7	35
	Non spécifié	44	0	0	0	0	2	2	1	4	0	0	35
	Total	6 167	4	4	4	93	1 382	1 615	1 185	1 268	478	41	93
	Taux Homme	24,2	1,5	0,0	0,1	1,0	43,0	76,9	71,9	37,3	11,0	1,7	
	Femme	18,1	0,5	0,5	0,3	8,6	99,5	82,0	32,6	11,4	2,6	0,3	
1995	Total	21,2	1,0	0,2	0,2	4,7	70,5	79,5	52,5	24,5	6,8	0,9	
	Cas Homme	3 322	3	2	0	9	425	769	710	980	360	36	28
	Femme	2 385	1	4	2	75	888	761	347	243	51	1	12
	Non spécifié	8	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	2
	Total	5 715	4	6	2	84	1 315	1 530	1 059	1 224	412	37	42
	Taux Homme	22,9	1,5	0,2	0,0	0,9	41,7	74,8	63,9	37,4	10,0	1,7	
1996	Femme	16,1	0,5	0,5	0,2	7,7	92,2	76,9	32,0	9,4	1,4	0,0	
	Total	19,5	1,0	0,4	0,1	4,2	66,3	75,8	48,3	23,5	5,7	0,8	
	Cas Homme	2 845	1	2	1	5	345	688	614	820	320	26	23
	Femme	2 168	2	3	2	64	844	652	320	210	60	2	9
	Non spécifié	10	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	5
	Total	5 023	3	5	3	69	1 189	1 341	934	1 034	380	28	37
1997	Taux Homme	19,4	0,5	0,2	0,1	0,5	33,3	67,2	56,1	31,3	8,6	1,2	
	Femme	14,5	1,1	0,4	0,2	6,5	86,3	66,1	29,9	8,1	1,6	0,1	
	Total	16,9	0,8	0,3	0,1	3,4	59,1	66,7	43,2	19,9	5,1	0,6	
	Cas Homme	2 646	0	0	0	2	333	599	570	765	337	23	17
	Femme	1 822	0	0	2	56	716	578	235	184	42	4	5
	Non spécifié	9	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	4
1998	Total	4 477	0	0	2	58	1 049	1 179	805	951	379	28	26
	Taux Homme	17,8	0,0	0,0	0,0	0,2	31,9	58,1	52,5	29,3	8,7	1,1	
	Femme	12,0	0,0	0,0	0,2	5,7	72,5	58,2	22,1	7,2	1,1	0,1	
	Total	14,9	0,0	0,0	0,1	2,9	51,7	58,3	37,5	18,4	4,9	0,6	
	Cas Homme	2 921	0	0	3	5	327	665	571	898	406	32	14
	Femme	1 938	3	5	3	51	799	575	245	196	53	5	3
1999	Non spécifié	9	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	7
	Total	4 868	3	5	6	56	1 126	1 242	816	1 094	459	37	24
	Taux Homme	19,5	0,0	0,0	0,3	0,5	31,1	64,0	53,0	34,9	10,2	1,5	
	Femme	12,7	1,8	0,7	0,3	5,2	80,2	57,7	23,3	7,7	1,3	0,2	
	Total	16,1	0,9	0,3	0,3	2,8	55,0	61,0	38,3	21,4	5,7	0,7	
	Cas Homme	3 322	1	0	1	2	337	737	597	1 077	518	45	7
2000	Femme	2 054	0	4	5	49	798	636	293	193	71	2	3
	Non spécifié	5	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
	Total	5 381	1	4	6	51	1 136	1 373	890	1 271	589	47	13
	Taux Homme	22,0	0,6	0,0	0,1	0,2	31,8	70,0	55,7	42,4	12,6	2,0	
	Femme	13,3	0,0	0,6	0,5	5,0	79,5	63,0	28,0	7,7	1,7	0,1	
	Total	17,6	0,3	0,3	0,3	2,5	55,1	66,6	42,0	25,2	7,1	0,9	
2000	Cas Homme	3 829	1	1	0	6	432	824	656	1 246	612	46	5
	Femme	2 353	1	1	0	47	969	732	300	223	71	6	3
	Non spécifié	7	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3
	Total	6 189	2	2	0	53	1 402	1 556	956	1 469	686	52	11
	Taux Homme	25,1	0,6	0,1	0,0	0,6	40,6	77,3	61,4	49,6	14,4	2,0	
	Femme	15,1	0,6	0,1	0,0	4,7	96,0	71,8	28,7	9,0	1,7	0,2	
2000	Total	20,1	0,6	0,1	0,0	2,6	67,6	74,6	45,2	29,5	8,0	1,0	

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
2001	Cas												
	Homme	4 176	0	0	0	4	467	980	740	1 224	704	53	4
	Femme	2 571	3	0	3	58	1 007	852	310	236	96	4	2
	Non spécifié	9	0	0	0	0	2	2	1	3	0	0	1
	Total	6 756	3	0	3	62	1 476	1 834	1 051	1 463	800	57	7
	Taux												
	Homme	27,2	0,0	0,0	0,0	0,4	42,9	90,8	70,3	49,8	16,1	2,3	
2002	Femme	16,4	1,9	0,0	0,3	5,7	97,9	82,6	30,4	9,8	2,2	0,1	
	Total	21,8	0,9	0,0	0,1	3,0	69,7	86,9	50,7	30,0	9,1	1,1	
	Cas												
	Homme	4 589	0	0	0	8	472	1 122	814	1 341	767	60	5
	Femme	2 770	2	2	3	62	1 049	872	374	301	97	4	4
	Non spécifié	6	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2
	Total	7 365	2	2	3	70	1 521	1 995	1 188	1 644	865	64	11
2003	Taux												
	Homme	29,5	0,0	0,0	0,0	0,7	43,2	102,1	76,5	55,3	17,1	2,5	
	Femme	17,5	1,3	0,3	0,3	6,0	101,5	83,0	36,2	12,6	2,1	0,1	
	Total	23,5	0,6	0,1	0,2	3,3	71,5	92,8	56,6	34,2	9,6	1,2	
	Cas												
	Homme	5 025	0	0	0	5	535	1 242	890	1 362	906	73	12
	Femme	3 210	1	2	0	59	1 225	1 032	418	346	117	7	3
2004	Non spécifié	6	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2
	Total	8 241	1	2	0	64	1 761	2 275	1 308	1 709	1 023	81	17
	Taux												
	Homme	32,0	0,0	0,0	0,0	0,5	49,1	110,8	82,7	57,2	19,6	3,0	
	Femme	20,1	0,6	0,3	0,0	5,7	118,5	96,4	40,0	14,8	2,5	0,2	
	Total	26,0	0,3	0,1	0,0	3,0	82,9	103,8	61,6	36,2	11,1	1,5	
	Cas												
2004	Homme	5 818	0	0	0	7	625	1 449	1 011	1 521	1 102	95	8
	Femme	3 410	1	0	1	68	1 311	1 093	465	334	131	5	1
	Non spécifié	5	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2
	Total	9 233	1	0	1	75	1 936	2 542	1 479	1 855	1 233	100	11
	Taux												
	Homme	36,8	0,0	0,0	0,0	0,6	57,3	127,5	92,5	65,1	23,3	3,8	
	Femme	21,1	0,6	0,0	0,1	6,6	126,7	100,7	43,7	14,5	2,8	0,2	
	Total	28,9	0,3	0,0	0,1	3,5	91,1	114,4	68,6	40,0	13,0	1,8	

¹ Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées de 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

² Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

Tableau 2.2 Cas déclarés et taux¹ de la gonorrhée au Canada selon province/le territoire et le sexe, 1980-2004²

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt ¹
1980	Cas	Homme	32 555	476	0	692	222	2 645	9 953	2 253	1 692	7 025	6 470	215	912
		Femme	20 485	276	0	753	101	1 936	6 093	1 831	909	4 451	3 513	128	494
		Total*	53 271	792	108	1 528	323	4 581	16 046	4 084	2 601	11 476	9 983	343	1 406
	Taux	Homme	266,6	164,5	0,0	163,2	63,0	82,1	229,9	439,5	347,4	625,7	471,3	1 663,8	3 737,4
		Femme	166,5	97,5	0,0	175,5	28,6	58,9	138,0	350,7	189,2	416,1	256,4	1 122,1	2 256,3
		Total*	217,3	138,3	87,3	179,2	45,7	70,4	183,5	394,7	268,9	523,4	363,9	1 409,8	3 037,0
1981	Cas	Homme	34 337	485	0	635	165	3 540	10 549	2 617	1 704	7 234	5 939	291	1 178
		Femme	21 863	307	0	668	98	2 690	6 651	2 054	991	4 453	3 168	158	625
		Total*	56 330	813	92	1 320	263	6 230	17 200	4 671	2 695	11 687	9 107	449	1 803
	Taux	Homme	278,0	167,2	0,0	149,8	46,9	109,4	242,1	510,5	347,2	614,7	420,6	2 300,0	4 705,4
		Femme	175,3	107,8	0,0	155,1	27,7	81,3	149,3	392,2	204,3	398,5	224,4	1 404,3	2 775,3
		Total*	227,0	141,4	74,3	154,4	37,2	95,1	195,2	450,7	276,2	509,4	322,5	1 878,4	3 791,4
1982	Cas	Homme	32 078	496	0	631	106	3 251	10 013	2 575	1 577	6 717	5 403	150	1 159
		Femme	20 893	257	0	626	84	2 372	6 371	2 033	889	4 349	3 223	108	581
		Total*	53 072	777	59	1 275	190	5 623	16 384	4 608	2 466	11 066	8 626	258	1 740
	Taux	Homme	256,8	171,3	0,0	147,9	30,0	100,0	227,0	487,1	317,9	554,6	376,5	1 158,9	4 443,8
		Femme	165,5	90,2	0,0	144,5	23,6	71,3	141,2	384,5	181,0	375,9	224,2	936,8	2 479,3
		Total*	211,3	135,2	47,6	148,3	26,8	85,5	183,6	440,2	249,8	467,3	300,3	1 054,3	3 514,1
1983	Cas	Homme	27 006	394	0	564	61	3 542	9 412	2 152	1 295	4 623	3 774	89	1 100
		Femme	18 148	279	0	594	59	2 360	6 183	1 609	734	3 398	2 315	58	559
		Total*	45 265	685	87	1 170	120	5 902	15 595	3 761	2 029	8 021	6 089	147	1 659
	Taux	Homme	214,2	135,1	0,0	130,8	17,1	108,6	210,5	409,7	257,5	379,3	260,3	713,0	4 090,6
		Femme	142,3	96,9	0,0	135,6	16,4	70,6	135,3	300,3	147,1	290,1	159,1	520,9	2 316,3
		Total*	178,4	118,2	69,4	134,6	16,8	89,4	172,5	354,5	202,5	335,6	209,6	622,4	3 251,4
1984	Cas	Homme	25 852	383	0	643	139	4 197	9 119	1 897	1 198	3 897	3 334	114	931
		Femme	17 924	218	0	684	115	2 793	6 554	1 453	614	2 815	2 131	77	470
		Total*	43 874	617	67	1 342	254	6 990	15 673	3 350	1 812	6 712	5 465	191	1 401
	Taux	Homme	203,2	131,3	0,0	147,8	38,8	128,2	201,1	357,4	235,2	320,7	227,0	902,5	3 358,9
		Femme	139,1	75,6	0,0	154,7	31,7	83,2	141,3	268,5	121,3	239,6	144,3	882,5	1 891,6
		Total*	171,3	106,3	52,9	153,0	35,2	105,4	170,9	312,5	178,4	280,8	185,5	798,7	2 665,3
1985	Cas	Homme	23 277	357	0	506	243	3 749	8 462	1 813	1 209	3 175	2 819	115	829
		Femme	17 399	201	0	677	264	2 678	6 445	1 373	689	2 515	2 103	76	378
		Total*	40 737	568	49	1 185	507	6 427	14 907	3 186	1 898	5 690	4 922	191	1 207
	Taux	Homme	181,4	122,7	0,0	115,3	67,5	114,0	184,1	338,2	235,2	260,7	190,2	894,3	2 888,3
		Femme	133,7	69,7	0,0	151,7	72,5	79,3	137,1	251,4	134,7	212,3	140,9	660,6	1 470,8
		Total*	157,6	98,0	38,4	133,9	70,1	96,4	160,3	294,4	185,1	236,8	165,5	784,0	2 218,7
1986	Cas	Homme	19 458	250	0	389	263	3 322	6 872	1 715	1 073	2 588	1 984	118	884
		Femme	15 744	171	0	563	241	2 522	5 771	1 314	664	2 294	1 586	68	550
		Total*	35 287	435	67	952	506	5 844	12 643	3 029	1 737	4 882	3 570	186	1 436
	Taux	Homme	150,2	86,5	0,0	88,2	73,0	100,4	147,3	317,0	208,2	210,7	132,7	913,9	3 061,7
		Femme	119,7	59,5	0,0	125,6	66,0	74,2	121,0	238,6	129,2	190,8	105,1	5 787,8	2 129,9
		Total*	135,2	75,5	52,2	107,0	69,8	87,1	134,0	277,5	168,8	200,8	118,8	759,8	2 625,4
1987	Cas	Homme	14 755	152	13	251	268	1 973	5 077	1 585	968	2 158	1 565	68	677
		Femme	12 923	102	20	356	203	1 697	4 596	1 306	816	1 949	1 355	57	466
		Total*	27 918	258	39	609	471	3 897	9 673	2 891	1 784	4 107	2 920	125	1 144
	Taux	Homme	112,4	52,7	20,3	56,7	74,1	59,0	106,5	291,3	187,4	175,4	103,0	502,3	2 332,6
		Femme	97,0	35,6	30,9	78,9	55,4	49,4	94,3	235,8	158,1	161,7	88,5	468,4	1 791,3
		Total*	105,6	44,9	30,3	68,2	64,7	57,5	100,3	263,3	172,7	168,6	95,7	486,2	2 078,6
1988	Cas	Homme	10 381	89	10	197	104	1 342	4 149	1 115	669	1 285	1 119	62	240
		Femme	9 501	59	13	346	139	1 227	3 680	903	601	1 272	1 015	38	208
		Total*	20 102	151	23	543	243	2 785	7 829	2 018	1 270	2 557	2 135	100	448
	Taux	Homme	78,1	30,9	15,6	44,4	28,7	39,8	85,3	204,1	130,2	103,7	72,1	443,0	818,0
		Femme	70,3	20,6	20,0	76,3	37,8	35,4	73,9	162,5	116,8	104,7	64,9	301,0	789,2
		Total*	75,0	26,3	17,8	60,5	33,3	40,7	79,5	183,1	123,5	104,2	68,5	375,6	804,4

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	L.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn.	T.N.-O.	Nt ³
1989	Cas														
	Homme	10 278	41	5	156	61	948	5 169	819	551	1 015	781	62	670	
	Femme	8 778	37	10	295	87	694	4 081	721	449	962	712	35	695	
	Total*	19 110	80	15	451	148	1 694	9 250	1 540	1 000	1 977	1 493	97	1 365	
	Taux														
	Homme	76,0	14,2	7,8	34,9	16,7	27,8	103,4	149,7	108,3	80,6	49,0	435,5	2 232,7	
1990	Cas														
	Homme	7 681	27	6	120	36	1 182	3 569	571	448	625	818	48	231	
	Femme	6 024	22	3	190	26	695	2 552	508	455	630	682	37	224	
	Total*	13 822	49	10	310	62	1 966	6 148	1 079	903	1 255	1 500	85	455	
	Taux														
	Homme	55,9	9,3	9,3	26,7	9,8	34,3	70,1	104,2	89,2	48,6	49,9	329,7	746,0	
1991	Cas														
	Homme	7 086	10	3	105	32	953	3 100	697	442	757	744	44	199	
	Femme	5 352	15	3	189	21	417	2 274	598	404	630	584	33	184	
	Total*	12 457	25	6	294	53	1 380	5 381	1 295	846	1 387	1 330	77	383	
	Taux														
	Homme	51,0	3,4	4,7	23,3	8,7	27,4	60,2	126,7	88,5	57,9	44,2	290,8	622,0	
1992	Cas														
	Homme	5 148	9	2	69	15	618	2 188	702	360	598	456	8	123	
	Femme	4 093	4	1	126	9	264	1 707	557	357	576	336	5	151	
	Total*	9 253	13	3	196	24	891	3 897	1 259	717	1 174	792	13	274	
	Taux														
	Homme	36,6	3,1	3,1	15,2	4,0	17,6	41,9	127,2	72,0	45,0	26,4	50,6	375,5	
1993	Cas														
	Homme	3 738	2	0	29	6	458	1 691	487	247	427	312	9	70	
	Femme	3 086	1	0	61	2	217	1 341	436	243	404	254	14	113	
	Total*	6 832	3	0	90	8	680	3 035	923	490	831	566	23	183	
	Taux														
	Homme	26,3	0,7	0,0	6,4	1,6	13,0	32,0	87,8	49,3	31,7	17,5	56,2	210,0	
1994	Cas														
	Homme	3 478	1	0	13	6	504	1 760	394	188	266	298	7	41	
	Femme	2 645	2	0	22	7	225	1 328	335	189	240	189	6	102	
	Total*	6 167	3	0	35	13	735	3 123	729	377	506	490	13	143	
	Taux														
	Homme	24,2	0,3	0,0	2,9	1,6	14,2	32,9	70,7	37,4	19,5	16,2	44,6	120,0	
1995	Cas														
	Homme	3 322	2	0	15	7	425	1 719	376	208	223	296	11	40	
	Femme	2 385	2	0	23	7	165	1 264	282	178	177	193	9	85	
	Total*	5 715	4	0	38	14	595	2 983	658	386	400	492	20	125	
	Taux														
	Homme	22,9	0,7	0,0	3,3	1,9	11,9	31,8	67,1	41,2	16,2	15,7	68,2	114,7	
1996	Cas														
	Homme	2 845	2	1	30	10	325	1 304	305	216	247	354	3	48	
	Femme	2 168	0	0	67	31	144	1 008	249	188	225	172	7	77	
	Total*	5 023	2	1	97	41	478	2 312	554	404	472	527	10	125	
	Taux														
	Homme	19,4	0,7	1,5	6,6	2,7	9,1	23,8	54,2	42,6	17,6	18,3	18,0	135,7	
1997	Cas														
	Homme	2 646	2	1	33	4	402	1 147	249	176	218	344	0	70	
	Femme	1 822	1	0	75	11	136	783	269	166	188	113	0	80	
	Total*	4 477	3	1	108	15	545	1 931	518	342	406	458	0	150	
	Taux														
	Homme	17,8	0,7	1,5	7,2	1,1	11,2	20,7	44,2	34,6	15,2	17,4	0,0	197,4	

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt ¹
1998	Cas														
	Homme	2 921	2	1	29	7	370	1 355	225	167	268	406	5	86	
	Femme	1 938	0	0	55	10	112	917	198	159	250	163	6	68	
	Total*	4 868	2	1	84	17	490	2 272	424	326	518	569	11	154	
	Taux														
	Homme	19,5	0,7	1,5	6,3	1,9	10,2	24,1	39,9	32,8	18,3	20,4	30,5	244,2	
1999	Cas														
	Homme	3 322	1	0	23	6	485	1 319	245	167	287	683	5	101	
	Femme	2 054	0	0	39	5	136	911	265	135	248	205	10	100	
	Total*	5 381	1	0	63	11	623	2 230	510	302	535	890	15	201	
	Taux														
	Homme	22,0	0,4	0,0	5,0	1,6	13,4	23,2	43,2	32,8	19,2	34,1	31,2	286,1	
2000	Cas														
	Homme	3 829	4	0	32	10	538	1 674	353	235	343	528	3	63	46
	Femme	2 353	1	0	25	1	126	1 120	305	230	243	179	2	72	49
	Total*	6 189	5	0	57	11	670	2 794	658	465	586	708	5	135	95
	Taux														
	Homme	25,1	1,5	0,0	6,9	2,7	14,8	29,0	62,1	46,3	22,6	26,2	19,0	298,2	321,0
2001	Cas														
	Homme	4 176	0	0	46	7	665	1 809	360	252	473	450	2	73	39
	Femme	2 571	0	0	39	5	163	1 151	340	276	328	153	1	78	37
	Total*	6 756	0	0	86	12	832	2 960	701	531	801	603	3	151	76
	Taux														
	Homme	27,2	0,0	0,0	10,1	1,9	18,2	30,8	63,1	50,7	30,6	22,2	13,1	346,0	265,8
2002	Cas														
	Homme	4 589	5	0	92	13	669	1 954	321	268	563	597	8	66	33
	Femme	2 770	5	0	107	17	205	1 194	316	291	415	116	3	58	44
	Total*	7 365	9	0	199	30	878	3 150	637	559	978	713	11	124	77
	Taux														
	Homme	29,5	2,0	0,0	20,1	3,5	18,2	32,7	56,0	54,1	35,7	29,3	52,4	307,9	220,7
2003	Cas														
	Homme	5 025	7	0	55	15	663	2 381	419	239	602	506	1	110	27
	Femme	3 210	0	0	63	19	205	1 409	464	305	433	181	2	91	38
	Total*	8 241	7	0	118	34	872	3 791	883	544	1 035	688	3	201	65
	Taux														
	Homme	32,0	2,7	0,0	12,0	4,0	17,9	39,3	72,7	48,4	37,7	24,6	6,5	504,1	179,0
2004	Cas														
	Homme	5 818	1	1	53	6	680	2 471	545	263	867	833	22	76	N/A
	Femme	3 410	0	3	69	7	147	1 484	543	374	508	195	20	60	N/A
	Total*	9 233	1	4	122	13	827	3 959	1 088	637	1 376	1 028	42	136	N/A
	Taux														
	Homme	36,8	0,4	1,5	11,5	1,6	18,3	40,3	93,8	53,2	53,5	40,0	141,0	344,0	N/A
2004	Femme	21,1	0,0	4,2	14,4	1,8	3,8	23,6	92,2	74,7	32,0	9,2	131,1	289,0	N/A
	Total*	28,9	0,2	2,9	13,0	1,7	11,0	31,9	93,0	64,1	42,9	24,5	136,1	317,4	N/A

Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées de 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

Nous ne disposons pas des données datant d'avant 2000, car le Nunavut est devenu un territoire canadien en avril 1999. Les données de 1999 ont été incorporées à celles des T.N.-O.

* Le total comporte des cas dont le sexe n'a pas été précisé.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

**Tableau 3.1 Cas déclarés et taux¹ de la syphilis infectieuses² au Canada
selon le groupe d'âge et le sexe, 1993-2004³**

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
1993	Cas												
	Homme	97	0	0	0	0	2	14	16	30	29	6	0
	Femme	76	1	0	0	0	13	24	10	15	7	6	0
	Non spécifié	4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
	Total	177	1	0	0	0	16	38	26	46	37	12	1
	Taux												
1994	Cas												
	Homme	112	0	0	0	0	3	15	19	31	32	12	0
	Femme	71	0	0	0	0	9	17	14	15	11	5	0
	Non spécifié	5	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
	Total	188	0	0	0	0	12	33	34	47	43	18	1
	Taux												
1995	Cas												
	Homme	95	0	0	0	0	1	16	13	31	27	6	1
	Femme	52	0	0	0	0	9	11	10	14	8	0	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	147	0	0	0	0	10	27	23	45	35	6	1
	Taux												
1996	Cas												
	Homme	74	0	0	0	0	3	7	12	28	20	3	1
	Femme	45	0	0	0	0	6	8	12	12	5	2	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	119	0	0	0	0	9	15	24	40	25	5	1
	Taux												
1997	Cas												
	Homme	65	0	0	0	0	1	3	8	26	26	1	0
	Femme	50	0	0	0	0	3	8	13	17	8	1	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	115	0	0	0	0	4	11	21	43	34	2	0
	Taux												
1998	Cas												
	Homme	110	0	0	0	0	2	4	13	41	39	11	0
	Femme	67	0	0	0	0	6	8	10	26	14	3	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	177	0	0	0	0	8	12	23	67	53	14	0
	Taux												
1999	Cas												
	Homme	113	0	0	0	0	1	13	11	36	41	11	0
	Femme	78	0	0	0	0	8	12	14	19	22	3	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	191	0	0	0	0	9	25	25	55	63	14	0
	Taux												

Année	Groupe d'âge (ans)												
		Canada	0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NS
2000	Cas Homme	114	0	0	0	0	0	3	12	44	44	11	0
	Femme	60	0	0	0	0	5	9	8	23	13	2	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	174	0	0	0	0	5	12	20	67	57	13	0
	Taux Homme	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	1.1	1.8	1.0	0.5	
	Femme	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.9	0.8	0.9	0.3	0.1	
2001	Cas Homme	184	0	0	0	0	4	21	20	62	60	16	1
	Femme	103	0	0	0	0	10	25	21	23	22	2	0
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	287	0	0	0	0	14	46	41	85	82	18	1
	Taux Homme	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	1.9	1.9	2.5	1.4	0.7	
	Femme	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.4	2.1	1.0	0.5	0.1	
2002	Cas Homme	386	0	0	0	0	6	21	31	170	146	12	0
	Femme	95	0	0	0	0	6	24	27	23	14	1	0
	Non spécifié	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Total	482	0	0	0	0	12	45	58	194	160	13	0
	Taux Homme	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	1.9	2.9	7.0	3.2	0.5	
	Femme	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	2.3	2.6	1.0	0.3	0.0	
2003	Cas Homme	758	0	0	0	0	8	32	80	298	307	33	0
	Femme	148	0	0	0	0	12	35	34	40	23	4	0
	Non spécifié	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	Total	908	0	0	0	0	20	68	115	338	330	37	0
	Taux Homme	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	2.9	7.4	12.5	6.7	1.4	
	Femme	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	3.3	3.3	1.7	0.5	0.1	
2004	Cas Homme	997	0	0	0	0	7	53	82	339	474	41	1
	Femme	129	0	0	0	0	8	30	32	27	28	4	0
	Non spécifié	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Total	1,127	0	0	0	0	15	83	114	366	502	45	2
	Taux Homme	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	4.7	7.5	14.5	10.0	1.6	
	Femme	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	2.8	3.0	1.2	0.6	0.1	
	Total	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	3.7	5.3	7.9	5.3	0.8	

¹ Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées de 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

² Syphilis infectieuse : syphilis symptomatique précoce (primaire et secondaire) + étapes latentes précoces.

³ Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

**Tableau 3.2 Cas déclarés et taux¹ de la syphilis infectieuse² au Canada
selon la province/le territoire et le sexe, 1993-2004³**

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt ⁴
1993	Cas														
	Homme	97	0	0	6	0	11	58	2	3	5	12	0	0	
	Femme	76	0	0	9	0	6	53	1	2	1	4	0	0	
	Total*	177	0	0	15	0	17	115	3	5	6	16	0	0	
	Taux														
	Homme	0,7	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3	1,1	0,4	0,6	0,4	0,7	0,0	0,0	
1994	Cas														
	Homme	112	0	0	11	2	16	55	3	11	5	9	0	0	
	Femme	71	1	1	13	2	4	35	1	7	3	3	1	0	
	Total*	188	1	1	24	4	20	93	4	18	8	14	1	0	
	Taux														
	Homme	0,8	0,0	0,0	2,4	0,5	0,5	1,0	0,5	2,2	0,4	0,5	0,0	0,0	
1995	Cas														
	Homme	95	1	0	1	1	6	58	3	9	3	13	0	0	
	Femme	52	0	0	0	0	8	28	1	10	1	4	0	0	
	Total*	147	1	0	1	1	14	86	4	19	4	17	0	0	
	Taux														
	Homme	0,7	0,4	0,0	0,2	0,3	0,2	1,1	0,5	1,8	0,2	0,7	0,0	0,0	
1996	Cas														
	Homme	74	0	0	1	0	10	41	1	4	1	16	0	0	
	Femme	45	0	0	2	0	2	32	0	5	0	4	0	0	
	Total*	119	0	0	3	0	12	73	1	9	1	20	0	0	
	Taux														
	Homme	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,7	0,2	0,8	0,1	0,8	0,0	0,0	
1997	Cas														
	Homme	65	0	0	0	0	4	28	0	1	3	29	0	0	
	Femme	50	0	0	1	0	3	21	0	1	4	20	0	0	
	Total*	115	0	0	1	0	7	49	0	2	7	49	0	0	
	Taux														
	Homme	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,0	0,2	0,2	1,5	0,0	0,0	
1998	Cas														
	Homme	110	0	0	1	0	2	25	2	4	6	70	0	0	
	Femme	67	0	0	1	0	2	16	1	2	0	45	0	0	
	Total*	177	0	0	2	0	4	41	3	6	6	115	0	0	
	Taux														
	Homme	0,7	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,4	0,4	0,8	0,4	3,5	0,0	0,0	
1999	Cas														
	Homme	113	0	0	1	0	2	37	0	0	2	71	0	0	
	Femme	78	0	0	0	0	2	17	0	1	0	58	0	0	
	Total*	191	0	0	1	0	4	54	0	1	2	129	0	0	
	Taux														
	Homme	0,7	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,7	0,0	0,0	0,1	3,5	0,0	0,0	
2000	Cas														
	Homme	114	0	0	0	0	5	29	0	1	13	59	7	0	0
	Femme	60	0	0	1	0	2	14	1	0	2	36	4	0	0
	Total*	174	0	0	1	0	7	43	1	1	15	95	11	0	0
	Taux														
	Homme	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	0,0	0,2	0,9	2,9	44,4	0,0	0,0
2001	Cas														
	Homme	184	0	0	0	0	15	37	1	2	13	103	13	0	0
	Femme	103	1	0	0	0	0	9	0	1	7	76	9	0	0
	Total*	287	1	0	0	0	15	46	1	3	20	179	22	0	0
	Taux														
	Homme	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,2	0,4	0,8	5,1	84,9	0,0	0,0

Année	Province/territoire														
		Canada	T.-N.-L.	I.-P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt ⁶
2002	Cas Homme	386	0	0	1	1	47	207	4	0	9	113	4	0	0
	Femme	95	0	0	0	1	0	12	2	1	5	72	2	0	0
	Total*	482	0	0	1	2	47	219	6	1	14	186	6	0	0
	Taux Homme	2,5	0,0	0,0	0,2	0,3	1,3	3,5	0,7	0,0	0,6	5,5	26,2	0,0	0,0
	Femme	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,3	0,2	0,3	3,5	13,5	0,0	0,0
	Total*	1,5	0,0	0,0	0,1	0,3	0,6	1,8	0,5	0,1	0,4	4,5	19,9	0,0	0,0
2003	Cas Homme	758	1	0	10	3	148	362	21	5	33	172	3	0	0
	Femme	148	0	0	0	1	5	24	16	1	9	89	2	1	0
	Total*	908	1	0	10	4	154	386	37	6	42	262	5	1	0
	Taux Homme	4,8	0,4	0,0	2,2	0,8	4,0	6,0	3,6	1,0	2,1	8,3	19,4	0,0	0,0
	Femme	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,4	2,7	0,2	0,6	4,3	13,2	4,9	0,0
	Total*	2,9	0,2	0,0	1,1	0,5	2,1	3,1	3,2	0,6	1,3	6,3	16,4	2,4	0,0
2004	Cas Homme	997	0	0	13	3	220	458	17	1	58	226	1	0	N/A
	Femme	129	0	0	0	1	14	14	6	0	16	78	0	0	N/A
	Total*	1 127	0	9	13	4	235	472	23	1	74	304	1	0	N/A
	Taux Homme	6,3	0,0	0,0	2,8	0,8	5,9	7,5	2,9	0,2	3,6	10,9	6,4	0,0	N/A
	Femme	0,8	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,2	1,0	0,0	1,0	3,7	0,0	0,0	N/A
	Total*	3,5	0,0	0,0	1,4	0,5	3,1	3,8	2,0	0,1	2,3	7,2	3,2	0,0	N/A

¹ Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires révisées de 1980 à 1990, estimations intercensitaires définitives de 1991 à 1995, estimations postcensitaires définitives de 1996 à 1997, estimations postcensitaires révisées de 1998 à 2000, estimations postcensitaires définitives de 2001 à 2002, estimations postcensitaires révisées de 2003 à 2004).

² Syphilis infectieuse : syphilis symptomatique précoce (primaire et secondaire) + étapes latentes précoces.

³ Les taux pour 2004 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'ils changent. Aucun taux n'est disponible pour le Nunavut pour 2004; les taux sont calculés sans le Nunavut dans le dénominateur de la population canadienne.

⁴ Nous ne disposons pas des données datant d'avant 2000, car le Nunavut est devenu un territoire canadien en avril 1999. Les données de 1999 ont été incorporées à celles des T.N.-O.

⁵ Le total comporte des cas dont le sexe n'a pas été précisé.

Source : Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2006.

Remarque : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

ANNEXE II

